

**MESTRADO**

**PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**

# **Perfeccionismo, Perturbação Psicológica e Necessidades de Cuidados em Saúde Mental**

**Um estudo em profissionais dos Cuidados de Saúde Primários**

Susana Miguel de Castro Pinto





Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, realizada sob orientação Professor Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos.



## ***Agradecimentos***

Ao Professor Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos, Psiquiatra, Diretor do Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Professor Auxiliar com agregação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e afiliado da FMUP por ter aceitado ser Orientador do meu estudo o que *per si* é um privilégio para mim e a maior das referências para o meu estudo.

Ao Professor Doutor Rui Manuel Bento de Almeida Coelho, Psiquiatra, Diretor do Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Diretor do Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da FMUP, pelo seu exemplo. A sua sapiência e mestria inspiram os aprendizes da saúde mental. Retenho, das aulas das várias unidades curriculares do Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da FMUP, a sua atenção ao rigor, à qualidade e ao sentido que os seus discentes iam obtendo através do conhecimento transmitido pelo corpo docente. Permitiu aos discentes um contexto privilegiado de aprendizagem, de partilha e de crescimento pessoal e profissional.

À Doutora Ana Telma Fernandes Pereira, Psicóloga e Investigadora no Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a quem agradeço todo o apoio e incentivo para a elaboração da presente dissertação.

À Dra. Judite Neves, Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto – IV – Póvoa de Varzim/Vila do Conde, que me concedeu a autorização necessária de dispensa ao trabalho para assistir eu poder assistir às aulas do curso, por ter aceitado que o trabalho de campo da minha investigação acontecesse no ACES que dirige, pelo interesse, apoio e acompanhamento do desenvolvimento do meu estudo.

À D. Carla Almeida, que já sendo o meu maior auxílio do quotidiano profissional, e acima de tudo boa amiga, uma vez mais, foi minha a companheira para o trabalho de campo da investigação. Com o seu carácter voluntário, alegre, pragmático e dinâmico, facilitou todo o processo de intermediação com os coordenadores e colaboradores do ACES, os participantes no estudo.

A todos os Coordenadores das respetivas Unidades do ACES, pela receptividade com que acolheram o meu pedido e a célere oportunidade que criaram para a concretização do mesmo.

À Dra. Orquídea Ribeiro, do Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde da FMUP, pela empática e perentória disponibilidade e colaboração com que me auxiliou.

À D. Cristina Moura, do secretariado do Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da FMUP, pese embora não a conheça pessoalmente, sempre atendeu aos meus contactos e solicitações, esclarecendo e agilizando todo o processo.

Aos meus colegas de trabalho, os profissionais do ACES Grande Porto – IV – Póvoa de Varzim/Vila, participantes no meu estudo, pela receptividade e cordialidade com que me receberam e aceitaram participar nesta investigação.

Este trabalho é para vós.

À Dra. Elisa Ribeiro, médica especialista em Medicina Geral e Familiar, que me inspira como profissional, mulher e mãe, agradeço-lhe o incentivo, o apoio e a amizade.

Aos meus queridos amigos, casal M&M, Marcelo Ferreira e Marisa Beça, a amizade incondicional que me dedicam.

À minha tia Nini, Maria Adelina Miguel, que mesmo na distância, está sempre presente, acredita nas minhas escolhas e me dá apoio e confiança necessários para avançar.

À minha Mãe, Maria Filomena Miguel, para quem me faltam as palavras, por quem me arrebatam as emoções e os sentimentos. Obrigada Mamã, por quem és, por quem eu sou. De onde venho. Por onde e para onde vou. Como e com que sentido vou fazendo o meu caminho.

Acima de tudo, pelo sentido.

A todos vós, um grande bem-haja.



## RESUMO

Para Portugal a taxa de prevalência de perturbações mentais está determinada em 22,9% e 33,6% das pessoas com problemas de saúde mental não recebem tratamento (Almeida et al., 2010). Para além dos indivíduos que apresentam uma perturbação mental diagnosticável, outros têm problemas de saúde mental, sem que preencham critérios de diagnóstico para uma perturbação psiquiátrica, estando no entanto em sofrimento e devem beneficiar de intervenções. Os dados empíricos demonstram que os profissionais do sector da saúde são dos mais expostos a riscos psicossociais para a saúde mental (OMS, 2004). Tanto a perturbação psicológica, como o comportamento de saúde e de doença, incluindo a procura de ajuda profissional, já foram relacionados com o traço de personalidade perfeccionismo (Macedo et al., 2012; Macedo et al., 2015; Macedo et al., 2016; Stoeber & Damian, 2016). A amostra deste estudo é constituída por profissionais dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e estabeleceu-se: 1) *determinar os níveis de perturbação psicológica e de perfeccionismo*; 2) *identificar as percepções de necessidades de cuidados em saúde mental*; 3) *analisar a relação entre o perfeccionismo, níveis de perturbação psicológica e de necessidades de cuidados em saúde mental*; e 4) *comparar os níveis de perturbação psicológica e de perfeccionismo daqueles com grupos de adultos da população geral*. O estudo tem carácter exploratório, quantitativo, transversal descritivo e correlacional. Participaram 300 profissionais dos CSP de todos os grupos profissionais de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Região Norte; 242 são do sexo feminino e 48 do sexo masculino; a média de idade é de 43 anos (DP=1; Variação=25-64). Responderam a uma bateria de questionários de autorresposta: 1) sociodemográfico; 2) saúde (composto por questões elaboradas especificamente para este estudo, que se propõem a avaliar os antecedentes e o estado atual de problemas psiquiátricos ou psicológicos e ainda as percepções de necessidades de cuidados em saúde mental e, pelos seguintes questionários (ou itens dos mesmos): Escala de Auto-ocultação - Saúde (Costa et al., 2016), Percepção de Saúde (Soares et al., 2013) e Índice de Qualidade do Sono (Lopes et al., 2014); 3) Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett – versão reduzida (Soares et al. 2015); e 4) Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (Pais Ribeiro et al., 2004). Os resultados relativamente aos antecedentes psiquiátricos ou psicológicos indicam que 28% dos profissionais dos CSP teve ao longo da vida problemas psiquiátricos ou psicológicos; 27% procurou ajuda profissional; 29% pensou ou foi aconselhado a procurar ajuda profissional; 20% teve um período de tempo em que não esteve capaz de trabalhar ou cuidar de outras responsabilidades, por razões psiquiátricas ou emocionais; 36% já tomou algum tipo de psicofármaco (24% Ansiolítico e 22% Antidepressivo). Considerando as dificuldades



atuais, 8% tem problemas psiquiátricos ou psicológicos; 6% têm no presente ajuda profissional; 12% toma algum tipo de psicofármaco (8% antidepressivo e 7% ansiolítico). As respostas ao Índice de Qualidade do Sono revelam dificuldades relevantes que afectam a qualidade do mesmo. Quanto à Percepção Necessidades de Cuidados Saúde Mental, 82% considera que os profissionais de saúde beneficiariam em ter disponível um Serviço de Saúde Mental específico para as suas necessidades; 81% concorda com a utilidade/necessidade de sessões de grupo orientadas para o Trabalho em Equipa a realizar na equipa/unidade da qual cada um faz parte e 80% afirma que seria útil para os profissionais de saúde serem periodicamente avaliados relativamente ao seu estado psicológico e mental, por exemplo no âmbito de uma consulta de Psicologia no Trabalho. Os níveis de Perfeccionismo, particularmente de Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP), correlacionam-se significativa e moderadamente com a Ansiedade, a Depressão e o Stresse, mas também com a tendência para a Auto-ocultação em Saúde. A percepção de Necessidades de Cuidados em Saúde Mental correlacionou-se significativamente com os níveis de Perturbação Psicológica. Não se verificaram diferenças significativas entre as pontuações médias de Perturbação Psicológica, ou seja, as pontuações totais e dimensionais da EADS-21, entre os profissionais dos CSP e os adultos da população geral, excepto para a Ansiedade que se revelou ligeiramente superior nestes últimos. Relativamente ao Item 12, que avalia a dificuldade em relaxar, os profissionais dos CSP apresentaram pontuações médias superiores ( $t=2.078$ ;  $g.l.=700$ ;  $p=.038$ ). Verificou-se também que 20% prefere ocultar um problema de saúde física e 31% prefere ocultar um problema de saúde mental, a comparação com as pontuações dos adultos da população geral não atinge a significância estatística ( $t=.176$ ;  $p=.861$ ). Os profissionais dos CSP apresentam níveis significativamente superiores de todas as dimensões do traço perfeccionismo avaliadas pela EMP H&F-13. Revendo os resultados relativos aos antecedentes psiquiátricos, nomeadamente o achado de que aproximadamente um terço dos participantes já teve problemas psiquiátricos ou psicológicos não nos surpreendemos perante a esmagadora percentagem de profissionais dos CSP que consideram que beneficiariam de apoio especializado para as suas Necessidades em Saúde Mental. Foi muito interessante e completamente inovador verificar que os profissionais dos CSP apresentam níveis de Perfeccionismo significativamente mais elevados do que os adultos da população geral. Sabendo-se que o perfeccionismo é um factor de risco transdiagnóstico (Egan et al. 2011), que tem vindo a ser consistentemente associado à Perturbação Psicológica (Macedo et al., 2015), esta evidência é mais um alerta para a necessidade de atendermos à prevenção e promoção da Saúde Mental neste sector. A correlação moderada entre os níveis de Perfeccionismo dos profissionais e os seus níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, que, apesar de conhecida noutros grupos

populacionais ainda não tinha sido estabelecida para os profissionais de saúde, vem reforçar esta potencial implicação clínica. Por outro lado, a correlação significativa entre PSP e Auto-ocultação, mostra que os profissionais mais perfeccionistas tenderão a não procurar apoio entre os seus pares e/ou ajuda especializada para as suas dificuldades, ficando pois mais sujeitos a sofrer o impacto negativo quer dos seus traços, quer das exigências profissionais a que estão sujeitos, o que reforça a importância da avaliação periódica relativamente ao seu estado psicológico e mental no âmbito de consultas de Psicologia no Trabalho. Perante estas evidências é nossa ambição que esta investigação contribua para a promoção de políticas, em matéria de Saúde Mental dirigidas aos profissionais que trabalham nas instituições de prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.

**Palavras-chave:** perfeccionismo; perturbação psicológica; necessidades de cuidados em saúde mental; profissionais dos cuidados de saúde primários.

## ABSTRACT

In Portugal the prevalence rate of mental disorders is around 22.9% and 33.6% of people with mental health problems do not receive treatment (Almeida et al., 2010). In addition to the individuals who have a diagnosable mental disorder, others have mental health problems, without fulfilling diagnostic criteria for a psychiatric disorder, but with relevant suffering. Empirical data show that the health professionals are the most exposed to psychosocial risks for mental health (WHO, 2004). Psychological distress and health and illness behavior, including help seeking professional, have been associated to perfectionism personality trait (Macedo et al, 2012;. Macedo et al, 2015;.. Macedo et al, 2016; Stoeber & Damian, 2016).

Our sample consists of Primary Health Care (PHC) professionals. Our aims are: 1) to investigate the levels of psychological distress and perfectionism; 2) to identify the perceptions of mental health needs; 3) to analyze the relationship between perfectionism, psychological distress and mental health care needs; and 4) to compare the levels of psychological distress and perfectionism between PHC professional and adult from the general population. Our study is exploratory, quantitative, cross sectional and correlational. 300 professionals from the Northern Region participated in the study; 242 are female and 48 male; the mean age is 43 years (SD = 1, Range = 25-64). They responded to a set of self-reported questionnaires: 1) sociodemographic; 2) health (consisting of questions developed specifically for this study, to evaluate the life-time and the current state of psychiatric or psychological problems and the perceptions of mental health care needs and the following validated questionnaires (or items): Illness and Help-seeking Behaviour Scale (Costa et al, 2016), Self-Reported Health (Soares et al, 2013), Sleep Quality Index (Lopes et al, 2014); 3) Multidimensional Scale of Perfectionism from Hewitt & Flett - short version (Soares et al 2015.); and 4) Depression, Anxiety and Stress Scale (Pais Ribeiro et al, 2004). The main results are: 28% had lifetime mental or psychological problems; 27% sought professional help; 29% thought or was advised to seek professional help; 20% had a time period in which they was unable to work or take care of other responsibilities, for emotional or psychiatric reasons; 36% have taken some kind of psychotropic drugs (24% Antidepressant and 22% Anxiolytic). Considering the current difficulties, 8% have psychiatric or psychological problems; 6% are in this professional help; 12% took some type of psychotropic drugs (8% and 7% antidepressant anxiolytic). Responses to the Sleep Quality Index reveal relevant difficulties affecting sleep quality. Regarding the perception of mental health care, 82% consider that health

professionals would benefit if they have Mental Health Services specifically for their needs; 81% agree with the use / need of group sessions and 80% said it would be useful for health professionals to be periodically evaluated for their psychological state and mental health, for example in the context of a routine psychology consultation. Levels of Perfectionism, particularly Socially Prescribed Perfectionism (SPP), significantly and moderately correlated with Anxiety, Depression and Stress, but also with the tendency to self-conceal. Perception of mental health needs was significantly correlated with the levels of psychological distress. There were no significant differences between the psychological distress mean scores (DASS total and dimensional scores), between health professionals and adults from the general population, except for anxiety, which proved to be slightly higher in the latter. With regard to Item 12, which evaluates the difficulty relaxing, health professionals had higher mean scores ( $t = 2.078$ ,  $df = 700$ ,  $p = .038$ ). 20% prefer to hide a physical problem and 31% prefer to hide a mental health problem, but in comparison with the adults from the general population, the proportions did not reach statistical significance ( $t = .176$ ,  $p = .861$ ). The CSP professionals have significantly higher levels of all perfectionism dimensions.

It was very interesting and completely innovative to verify that health professionals have significantly higher levels of perfectionism than adults in the general population. Considering that perfectionism is a transdiagnostic risk factor (Egan et al. 2011), which has been consistently associated with Psychological Disorder (Macedo et al., 2015), this evidence is an alert to the need for prevention and promotion of mental health in this sector. The moderate correlation between Perfectionism and anxiety/depression levels, which had not yet been established with health professionals, reinforces these potential clinical implications. On the other hand, the significant correlation between SPP and self-concealment, reinforces our apprehension, because it shows that the perfectionist professionals tend not to seek support from their peers and / or specialized help for their difficulties and so are more likely to suffer the negative impact of both their traits and professional demands. This reinforces the importance of periodic evaluation regarding their psychological and mental. It is our ambition that this research will contribute to the promotion of mental health policies addressed to professionals working in the provision of health care institutions to citizens.

**Key-words:** perfectionism, psychological distress, mental health needs, primary health care professionals.



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>ENQUADRAMENTO DO ESTUDO.....</b>	<b>22</b>
<b>PERFECCIONISMO .....</b>	<b>22</b>
<b>PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA .....</b>	<b>27</b>
<b>NECESSIDADES DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>31</b>
<b>PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .....</b>	<b>34</b>
<b>ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>37</b>
<b>OBJECTIVOS .....</b>	<b>39</b>
<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>40</b>
<b>PARTICIPANTES .....</b>	<b>45</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>74</b>
APÊNDICE 1 - DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR .....	75
APÊNDICE 2 – DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR.....	76
APÊNDICE 3 – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE.....	77
APÊNDICE 4 – PARECER FAVORÁVEL ACES .....	81
APÊNDICE 5 – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS....	83
APÊNDICE 6 – QUESTIONÁRIO .....	84

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição da idade dos participantes - CSP (n=300)	45
<b>Tabela 2.</b> Caracterização sociodemográfica dos participantes - CPS (n=300)	46
<b>Tabela 3.</b> Antecedentes Problemas Psiquiátricos ou Psicológicos – Referência Temporal - CPS (n=300)	48
<b>Tabela 4.</b> Problemas Psiquiátricos e Psicológicos: Antecedentes - CPS (n=300)	48
<b>Tabela 5.</b> Psicofármacos administrados CPS – Passado	49
<b>Tabela 6.</b> Problemas Psiquiátricos e Psicológicos: Presente - CPS (n=300)	50
<b>Tabela 7.</b> Psicofármacos administrados CPS – Presente	50
<b>Tabela 8.</b> Qualidade do Sono - CPS (n=300)	51
<b>Tabela 9.</b> Número de horas de Sono/noite - CPS (n=300)	51
<b>Tabela 10.</b> Percepção das Necessidades de Cuidados em Saúde Mental - CPS (n=300)	52
<b>Tabela 11.</b> Auto-ocultação: Saúde - CPS (n=300)	53
<b>Tabela 12.</b> Auto-ocultação: Saúde - População Geral – Grupo A (n=550)	53
<b>Tabela 13.</b> Percepção de saúde (física e mental) - CPS (n=300)	54
<b>Tabela 14.</b> Percepção de saúde (física e mental) - Grupo A (n=550)	54
<b>Tabela 15.</b> MPS - H&F:13 - Caracterização ao nível das afirmações - CPS (n=300)	55
<b>Tabela 16.</b> MPS - H&F:13 – Comparação entre as pontuações dos profissionais CPS (n=300) e a População Geral – Grupo B (n=412)	55
<b>Tabela 17.</b> EADS-21 - Caracterização ao nível das afirmações- CPS (n=300)	56
<b>Tabela 18.</b> EADS-21- Distribuição das Subescalas Ansiedade, Depressão e Stress – CPS (n=300)	57
<b>Tabela 19.</b> EADS-21- Comparação de pontuações médias Perturbação Psicológica entre os profissionais CSP (n=300) e População Geral – Grupo B (n=412)	57
<b>Tabela 20.</b> Coeficientes de correlação de Spearman - Perfeccionismo, Perturbação Psicológica e Percepção de Necessidades de Cuidados em Saúde Mental – CSP (n=300)	58
<b>Tabela 21.</b> Coeficientes de correlação de Pearson - Perfeccionismo, Perturbação Psicológica, Percepção de Saúde e Auto-ocultação de Saúde – CSP (n=300)	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde
- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- AO** – Assistentes Operacionais
- ARS Norte** – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
- AT** – Assistentes Técnicos
- CCS** – Conselho Clínico e da Saúde
- CES** – Comissão de Ética para a Saúde
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- DE** – Direção Executiva
- EU** – União Europeia
- EU-OSHA** – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
- ENF** – Enfermeiros
- FMUC** – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
- FMUP** – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- MED** – Médicos
- MS** – Ministério da Saúde
- OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- SPM** – Serviço de Psicologia Médica (FMUC)
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- TDT** – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
- TS** – Técnicos Superiores
- TSS** – Técnicos Superior de Saúde
- UAG** – Unidade de Apoio à Gestão
- UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- URAP** – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- USF** – Unidade de Saúde Familiar
- USP** – Unidade de Saúde Pública
- WHO/OMS** – Organização Mundial de Saúde
- WONCA** – Organização Mundial de Médicos de Família





## INTRODUÇÃO

A eleição de uma área de investigação em Saúde Mental é um procedimento sensível que requer a compreensão de que os fenómenos psicológicos e comportamentais acontecem numa rede de interligações entre si e com o ambiente em que se manifestam. Por outras palavras, é cientificamente impraticável abordar uma problemática do funcionamento humano, isolando-a do seu conjunto de variáveis biológicas, psicológicas e situacionais.

Concomitante a este princípio, ao longo de uma década de experiência profissional, na qualidade de psicóloga clínica, em exercício de funções nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) foi-se elaborando uma reflexão crítica proveniente da observação clínica, empírica e sistematizada acerca das áreas que carecem da atenção por parte dos investigadores, dos atores da saúde, dos dirigentes e, em última análise, dos políticos. O foco de interesse desta investigação suporta-se numa motivação intrínseca de poder sustentar cientificamente o que parece ser uma área crítica e subvalorizada: a necessidade de cuidados de saúde mental dos profissionais das instituições de saúde, que colaboram, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos, neste caso, os dos CSP.

A saúde entendida como “um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou incapacidade” (Declaração de Alma-Ata, WHO, 1978) remete-nos para uma abordagem holística na prestação de cuidados de saúde, que deve ter em consideração que a saúde física e a saúde mental são dois factores indissociáveis para a obtenção de bem-estar individual. É, no entanto, consensual que a prestação de cuidados de saúde mental tem sido subalternizada relativamente à prestação de cuidados de saúde física e, tal facto, é particularmente relevante e preocupante se considerarmos a alta prevalência de problemas de saúde mental nos países desenvolvidos (Ministério da Saúde, 2009). Os estudos epidemiológicos realizados nos últimos 15 anos mostram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais (Murray et al. 2013).

Em Portugal, o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental aponta para uma taxa de prevalência de perturbações mentais de 22,9% (Almeida e col., 2010). Excluindo a morte prematura, as perturbações mentais representaram 31% do total de anos de vida afetados pela incapacidade (WHO e WONCA, 2008). As previsões da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam ainda para que em 2030 a depressão se

torne no fator com maior contribuição para a carga da doença nos países mais desenvolvidos (WHO e WONCA, 2008).

Para além das pessoas que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitas têm problemas de saúde mental que podem ser considerados “subliminares”, ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica, mas estão também em sofrimento, devendo beneficiar de intervenções.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008) foca quer a necessidade de aumentar a oferta de cuidados em saúde mental quer a necessidade de articulação com os cuidados de saúde primários. O papel da intervenção psicoterapêutica no controlo e resolução de múltiplos problemas de saúde mental está hoje amplamente verificado (Cuijpers e al., 2009; Cuijpers et al., 2010a; Driessen et al., 2010; Cuijpers e col., 2010b) sendo assim da maior importância o reforço expressivo da intervenção psicoterapêutica nos CSP.

Apesar de existir uma necessidade evidente duma cobertura de cuidados de saúde mental que permita enfrentar as altas taxas de prevalência existentes, a realidade mostra um enorme défice na prestação de cuidados aos cidadãos. Tal implica que se questione quer a eficiência do sistema, visto que uma intervenção holística permitiria diminuir os recursos consumidos em terapêuticas diretamente relacionadas com a saúde física dos indivíduos, quer a sua equidade, dado que os portadores de doença mental não parecem ter um acesso aos cuidados de saúde de que necessitam idêntico ao dos restantes cidadãos. Em Portugal, os dados disponíveis permitem afirmar que 33,6% das pessoas com problemas de saúde mental não recebem tratamento (Almeida e col., 2010).

O Relatório de Boas Práticas para a Promoção da Saúde Mental no Local de Trabalho (2011) da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho informa que “o absentismo, o desemprego e a incapacidade prolongada devidos ao stresse relacionado com o trabalho e a problemas de saúde mental têm vindo a agravar-se. Aliás, estima-se que, dentro em breve, a depressão será a principal causa de ausência ao trabalho, por doença, na Europa. Para além do absentismo, as consequências de uma má saúde mental estão ligadas a inúmeros outros efeitos negativos para as instituições, como “níveis de desempenho e produtividade reduzidos, pouca motivação e elevada rotatividade dos trabalhadores.”

Em complementaridade aos objetivos e prática da Medicina do Trabalho, que se constitui como uma área de intervenção prioritária que valoriza o local de trabalho como espaço de eleição para a prevenção primária dos riscos profissionais, a proteção da saúde e o acesso aos serviços de saúde, por parte dos trabalhadores, a *Psicologia no*

*Trabalho* deveria igualmente poder instituir-se e atuar prevenção, promoção e tratamento da saúde mental dos profissionais.

Se é consensual que há necessidades, prementes e potencialmente crescentes na população, de prestação de cuidados de saúde mental, parece-nos pertinente um estudo que avalie os níveis de perturbação psicológica e as necessidades de cuidados de saúde mental nos profissionais das instituições de prestação de cuidados de saúde.

Os dados empíricos sugerem que os profissionais do sector da saúde são dos mais expostos a riscos psicossociais para a saúde mental (OMS, 2004).

Tanto a perturbação psicológica como o comportamento de saúde e de doença, incluindo a procura de ajuda profissional, já foram relacionados com o traço de personalidade perfeccionismo (Macedo et al., 2012; Macedo et al., 2015; Macedo et al., 2016). Acresce que há estudos recentes que têm evidenciado o papel deste traço de personalidade na gravidade da ansiedade e depressão em profissionais de saúde (Stoeber & Damian, 2016). Neste sentido, considerámos que este seria um componente com relevância no presente estudo.

Estando evidenciadas as necessidades de alargamento de prestação de cuidados de saúde mental aos cidadãos, poderemos inferir que essas mesmas necessidades são transversais também aos profissionais dos CSP? Em primeira ordem, devem-se comprovar e se assim se verificar, deve-se garantir que as mesmas sejam prevenidas, satisfeitas e, em última análise, suprimidas.

A presente investigação ambiciona colmatar a falta de evidência científica acerca das necessidades de cuidados de saúde mental naquela população e para tal constituíram alvo de estudo todos os profissionais disponíveis que compõem o capital humano do ACES em análise, por conseguinte: assistentes operacionais, assistentes técnicos, enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores e técnicos superiores de saúde.

Partindo do princípio que alcançamos os resultados esperados, é nossa ambição que esta investigação contribua para a promoção de políticas, em matéria de Saúde Mental, também dirigidas aos profissionais que trabalham nas instituições de prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.

O presente documento inicia-se com a apresentação da revisão da produção científica nas áreas do perfeccionismo, da perturbação psicológica, das necessidades de cuidados em saúde mental em profissionais de saúde, com enfoque para os dos cuidados de saúde primários.

Numa segunda secção, apresenta-se a descrição da investigação empírica, onde se preconiza conhecer nos profissionais dos CSP: 1) os seus níveis de perturbação psicológica e de perfeccionismo, 2) identificar as suas percepções de necessidades de

cuidados em saúde mental; 3) analisar entre aqueles as relações entre o perfeccionismo, os níveis de perturbação psicológica e as percepções de necessidades de cuidados em saúde mental; 4) e comparar aqueles níveis de perturbação psicológica e de perfeccionismo com grupos de amostras da população geral. É também descrita a metodologia operacionalizada – procedimentos, tipo de estudo, material, métodos estatísticos de análise dos resultados obtidos, a sua discussão e consequentes conclusões do estudo.

## ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

### PERFECCIONISMO

“O hábito de exigir a si próprio e aos outros uma elevada qualidade de desempenho, maior do que o requerido pela situação” (Hollender, 1965 cit. *in* Shafran, Cooper & Fairburn, 2002). Investigador pioneiro no estudo do constructo do perfeccionismo, Hollender fundamentou que o indivíduo perfeccionista está “constantemente atento ao que está errado e raramente a observar o que está certo” (p.95), condição que é mantida pelo processo cognitivo da atenção seletiva, e entende que o perfeccionista se considera julgado pelo que faz e não pelo que é.

Hamacheck (1978) sugeriu a distinção entre duas formas de perfeccionismo: uma positiva/“normal” de procura de padrões razoáveis e realistas que conduzem a um sentimento de autosatisfação e de elevação da autoestima e outra negativa/“neurótica” de estabelecimento de padrões demasiado elevados e inflexíveis e de medo mórbido de falhar.

Todavia, àquela época, prevalecia entre os investigadores uma abordagem unidimensional ao constructo do perfeccionismo. Burns (1980) considerava que os indivíduos perfeccionistas se “esforçam compulsivamente e incessantemente para atingir metas impossíveis e que medem o seu valor em termos de produtividade e de realização” (p.34). Este autor desenvolveu um dos primeiros instrumentos concebidos especificamente para avaliar o Perfeccionismo Auto-orientado, a escala unidimensional de perfeccionismo de David Burns - Burns Perfectionism Scale (BPS; Burns, 1980). O perfeccionismo apresenta-se ainda como um traço da personalidade disfuncional e associado a psicopatologia (Pacht, 1984 cit. *in* Azevedo et al. 2010).

Estas conceptualizações acerca do perfeccionismo focavam-se unicamente em dimensões intrapessoais, designadamente, factores cognitivos, crenças irracionais (Ellis, 1962 cit. *in* Macedo & Pocinho) ou atitudes disfuncionais (Burns, 1980). Neste enquadramento, os primeiros estudos associavam o constructo do perfeccionismo com o desenvolvimento e manutenção de neuroses (Lapointe, 2002), remetendo esta condição para algo disfuncional, negativo e indicativo de psicopatologia (Burns, 1980; Patch, 1984).

Em 1990, Frost e seus colaboradores, definiram o perfeccionismo como a “tendência para estabelecer elevados padrões pessoais de desempenho juntamente com uma avaliação excessivamente crítica desse desempenho e uma enorme preocupação em não cometer erros” (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990, p.450). Estes autores expandiram assim o constructo do perfeccionismo e atribuíram-lhe seis dimensões: 1)

tendência para os sujeitos se preocuparem e reagirem negativamente a erros, dado que errar corresponde ao fracasso; 2) tendência em duvidar da qualidade de um desempenho, isto é, dúvidas sobre as ações; 3) tendência para definir padrões muito elevados e atribuir importância excessiva a estes padrões na sua autoavaliação; 4) tendência para perceber os seus pais como tendo grandes expectativas; 5) tendência para perceber os pais como sendo excessivamente críticos e 6) tendência para acentuar a importância da ordem. Desenvolveram o instrumento de avaliação designado Multidimensional Perfectionism Scale (Frost et al., 1990).

O constructo é, portanto, ampliado e adquire uma forma multidimensional: contempla tanto componentes interpessoais, como componentes intrapessoais (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1991), com diferentes facetas, algumas das quais são consideradas positivas e outras negativas (Stoeber & Otto, 2006), assim, o traço de personalidade perfeccionismo deixa de representar apenas uma característica negativa, disfuncional ou patológica (Stoeber & Otto, 2006).

Ainda no início dos anos 90, Hewitt & Flett (1991) no desenvolvimento dos seus estudos e descortinaram o perfeccionismo em três dimensões (Hewitt & Flett, 1991): o Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO): tendência para estabelecer para si próprio normas rigorosas e padrões de desempenho excessivos e exigentes, muito elevados e muitas vezes impossíveis de cumprir; inclui uma componente motivacional, que se traduz pela procura da perfeição e pelo evitamento do insucesso (O'Connor, Rasmussen & Hawton, 2009); o Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO): tendência interpessoal estável para exigir a perfeição dos outros e para agir para com eles de modo punitivo e hostil (Flett et al., 2002); envolve as crenças e expectativas relativas às capacidades das outras pessoas, para as quais o sujeito estabelece normas irrealistas, exigindo que cumpram os padrões elevados que o próprio sustenta (Flett, Hewitt, Shapiro & Rayman, 2002); e o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP): crença de que os outros têm expectativas relativamente ao próprio que são impossíveis de concretizar, que o avaliam de forma demasiado exigente e exercem pressão para que seja perfeito (Hewitt & Flett, 1991). O sujeito acredita que se não corresponder a essas expectativas e padrões impostos pelos outros, poderá não obter a aprovação daqueles (Hewitt & Flett, 1991); desta forma, o sujeito percebe uma necessidade de se conformar às normas e expectativas prescritas por outros significativos (Hewitt & Flett, 1991).

Pode concluir-se que a diferença entre estes três tipos de perfeccionismo reside no objecto para o qual é dirigido (auto-orientado ou orientado para os outros) ou a quem é atribuído o comportamento perfeccionista (socialmente prescrito) e não no padrão de comportamento em si (Hewitt & Flett, 1991).

Com base nesta conceptualização teórica, estes autores criaram um novo instrumento de avaliação, que embora diferente tem a mesma designação, da escala desenvolvida por Frost e colaboradores (1990), a Multidimensional Perfectionism Scale de Hewitt & Flett (1991).

A Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett (MPS – H&F) foi adaptada e validada para a população portuguesa por Soares, Gomes, Macedo e Azevedo (2003), foi o instrumento de medida utilizado neste estudo na sua versão reduzida de 13 itens.

Ainda na década de 90, Terry-Short e seus colaboradores (1995), reforçam a descrição do comportamento perfeccionista como sendo um factor positivo e essencial para conseguir alcançar certas metas e objectivos. A vontade do sujeito em melhorar constantemente o seu desempenho não implica necessariamente um funcionamento desadaptativo ou disfuncional (Anthony & Swinson, 2009). Sendo certo que padrões excessivamente elevados de perfeccionismo podem afectar qualquer área de vida da pessoa, como a sua saúde, o seu trabalho e os seus relacionamentos interpessoais (Slaney & Asby, 1996; Stoeber & Otto, 2006; Terry-Short et al., 1995).

Começa a tornar-se imperativo distinguir o perfeccionismo positivo, adaptativo ou normal do perfeccionismo negativo, maladaptativo ou disfuncional, o que nos remete para a perspectiva, quase primordial, proposta por Hamacheck na década de 70.

Assim, o perfeccionismo positivo, adaptativo ou normal reflete uma motivação pessoal para alcançar algo através de esforços apropriados e não apenas para receber a aprovação dos outros (Boivin & Marchand, 1996; Blatt, 1995; quando o êxito é alcançado, o indivíduo que apresenta um perfeccionismo adaptativo sente-se satisfeito face ao trabalho realizado e a sua autoestima aumenta (Blatt, 1995).

Nesta linha, Macedo & Pocinho (2007) referem que os sujeitos com um perfeccionismo “normal” não apresentam uma percepção de aceitação condicional, ou seja, não estão demasiadamente preocupados com as avaliações dos outros quanto ao seu desempenho. Deste modo, as pessoas com este tipo de perfeccionismo reconhecem que podem cometer erros, sem serem julgados negativamente pelos outros (Macedo & Pocinho, 2007). Além disso, as exigências que os perfeccionistas adaptativos têm consigo mesmos, apesar de serem elevadas são geralmente exigências realistas e razoáveis (Lapointe, 2002).

Contrariamente, no perfeccionismo negativo, maladaptativo ou patológico, os comportamentos perfeccionistas são principalmente motivados pela incessante procura de aprovação e reconhecimento concedido pelos outros (Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams & Winkworth, 2000). Os sujeitos com um perfeccionismo maladaptativo acreditam que o seu valor pessoal e que os julgamentos dos outros sobre si depende do



seu desempenho (Macedo & Pocinho, 2007). Efetivamente, os sujeitos que apresentam um perfeccionismo maladaptativo sentem a constante necessidade de agradarem aos outros, com a finalidade de não serem julgados negativamente por estes (Boivin & Marchand, 1996). Estes sujeitos duvidam continuamente do seu desempenho, têm uma baixa autoestima (Stumpf & Parker, 2000) e são incapazes de se sentirem completamente satisfeitos com o seu trabalho, mesmo que seja um trabalho bem realizado (Hamacheck, 1978 cit. in Lapointe, 2002). Nenhum esforço ou resultado é satisfatório, parece-lhes sempre que podem e devem fazer melhor (Hamacheck, 1978 cit. in Lapointe, 2002). Os indivíduos com um perfeccionismo negativo também evitam frequentemente envolverem-se em experiências novas, pois têm receio de cometerem erros e geralmente reagem muito mal às críticas que lhe são apontadas, mesmo que estas críticas sejam construtivas (Boivin & Marchand, 1996).

Posto isto, Macedo & Pocinho (2007) apontam que em ambos os tipos de perfeccionismo (positivo e negativo) existem elevados padrões autoimpostos e consequentemente, a procura de elevados padrões de desempenho. Estes autores acrescentam que a diferença entre os dois tipos de perfeccionismo está ao nível dos sistemas de autoavaliação e de comportamento motivacional. O perfeccionista “normal” orienta-se para atingir padrões e metas elevadas, mas tem uma percepção realista das suas capacidades, assim como é capaz de admitir incertezas e erros, sem se preocupar exageradamente com as avaliações externas, pelo contrário, no perfeccionismo negativo, a motivação não reside no alcançar de metas elevadas, mas sim no evitamento do insucesso (Macedo & Pocinho, 2007).

Na atualidade, consta-se um cúmulo de evidências que comprovam as duas formas de perfeccionismo, uma positiva e outra negativa. O rigor desta compreensão tem permitido um melhor entendimento da associação entre o perfeccionismo e a psicopatologia.

Apesar de não podermos associar diretamente o perfeccionismo à psicopatologia a sua relação tem vindo a ser demonstrada e estabelece-se uma ligação entre o perfeccionismo disfuncional e vários sintomas psicopatológicos (Macedo & Pocinho, 2007).

O perfeccionismo é tido como um factor desencadeante, de risco e de manutenção de várias psicopatologias (Shafran et al., 2002; Shafran & Mansell, 2001). Designadamente tem sido associado à depressão (Anthony & Swinson, 2009; Cox, Clara & Enns, 2009; Flett, Besser, Davis & Hewitt, 2003; Rice & Aldea, 2006; Sassaroli, Lauro, Ruggiero, Mauri, Vinai & Frost, 2008), às perturbações de ansiedade (Anthony & Swinson, 2009; Boivin & Marchand, 1996; Flett, Madorsky, Hewitt & Heisel, 2002; Sassaroli et al., 2008), às perturbações obsessivo-compulsivas (Anthony & Swinson,

2009; Frost & Steketee, 1997), às perturbações do comportamento alimentar (Anthony & Swinson, 2009; Joiner, Katz & Heartherton, 2000; Sassaroli et al., 2008; SutanderPinock, Woodside, Carter, Olmsted & Kaplan, 2003), às perturbações de personalidade (Wonderlich & Swift, 1990), a comportamentos suicidas (Adkins & Parker, 1996; Burns, 1980; Hewitt, Flett & Weber, 1994) e ao alcoolismo (Hewitt, Norton, Flett, Callander & Cowan, 1998). Mais recentemente, a associação entre o perfeccionismo e a insónia ou alterações dos padrões fisiológicos, como alterações do sono tem vindo também a ser sistematicamente evidenciadas (Azevedo, et al., 2007).

Considera-se que presença do traço de personalidade perfeccionismo num destes quadros psicopatológicos contribui para uma maior gravidade dos sintomas, para tratamentos mais demorados e para uma maior probabilidade de recidivas (Cruz & Cabanelas 2010).

## PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA

Para nos acercamos do conceito de perturbação psicológica temos que aludir ao conceito de saúde mental, que tem paulatinamente ganho maior abrangência. No passado a saúde mental significava ausência de perturbação (Westerhof, & Keyes, 2010; Moreira et al. 2005). Na atualidade, a perspectiva predominante apresenta o conceito num *continuum* de saúde e perturbação (Manderscheid et al., 2010).

A OMS propõe que a saúde mental *“é um estado de bem-estar em que o indivíduo é capaz: realizar o seu potencial, fazer face ao stresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e proveitosa e dar o seu contributo em benefício da comunidade a que pertence”* (OMS, 2007). A saúde mental é condição básica do bem-estar e do normal funcionamento das pessoas e das comunidades. Esta abrangência do conceito garante a amplitude e a diversidade de interpretações necessárias para diferentes culturas, pois a sua determinação, terá sempre que atender às variáveis da cultura e valores de cada país, classes e géneros.

Nesta conjunta conceptual, a doença mental engloba as perturbações que influenciam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por inadequação ou distorção, do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença. De facto, as doenças mentais manifestam-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existem alterações ou perda de capacidades. Desta feita, na doença mental não existe uma insuficiência, mas uma alteração de curta ou longa duração (Fazenda, 2008).

O desenvolvimento de critérios de diagnóstico, em particular, os explanados nos manuais da Associação Americana de Psiquiatria (APA) e os da OMS, vieram definir, uniformizar e orientar, do ponto de vista clínico, sobre o que é ou não é doença mental. Pese embora, que qualquer indivíduo pode estar em sofrimento emocional, necessitando de intervenção psicoterapêutica, sem que preencha os critérios de diagnóstico que perfaçam um quadro de perturbação mental.

Assim, entre o abrangente domínio das perturbações mentais, e tendo como baliza os objectivos que o presente estudo preconiza, interessa focarmo-nos nos sintomas emocionais negativos da ansiedade, depressão, stresse e dificuldades do sono.

Na psicopatologia, a depressão e a ansiedade são constituintes de um vasto leque de perturbações mentais (Pais-Ribeiro et al., 2004).

A ansiedade pode ser observada como um estado de humor orientado para o futuro associado à preparação para a possibilidade de ocorrência de um acontecimento negativo, no qual o medo é a resposta de alarme ao perigo eminente ou presente, real ou percebido. (Barlow 2002, cit. por Craske, et al., 2009), Pode também ser entendida como uma resposta adaptativa do organismo, caracterizada por um conjunto de alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas, que se traduzem num estado de ativação e alerta face a um sinal de perigo ou ameaça à integridade física ou psicológica (Ruiz, et al., 2001).

O estado de ansiedade pode ganhar uma dimensão patológica quando deixa de ser adaptativo, isto é, quando o perigo a que pretende responder não é real ou quando o nível de ativação e duração são desproporcionais face à situação objetiva (Castillo, et al., 2000; Rosen & Schulkin, 1998; Ruiz et al., 2001).

A depressão caracteriza-se pela tristeza, perda de interesse e prazer, sentimentos de culpa e baixa autoestima, perturbações do sono e/ou de apetite, cansaço excessivo e baixa concentração (OMS, 2007). Del Porto (1999) discrimina a depressão a três níveis: estado afetivo - representa a tristeza normal da vida psíquica que, quando em níveis muito elevados, constitui-se como um sinal de alerta para o desenvolvimento de estados depressivos; sintoma - manifestação secundária de outras perturbações físicas e/ou mentais; e síndrome - inclui alterações de humor, tais como, tristeza, irritabilidade, ausência de capacidade para sentir prazer, e apatia. Os estados depressivos são ainda caracterizados por sentimentos de vazio, redução do interesse pelo ambiente externo, e alterações psicomotoras e vegetativas, tais como sensação de fadiga e perda de energia, e lentificação dos movimentos.

Fenomenologicamente e conceptualmente, a ansiedade e a depressão são claramente distintas (Lovibond & Lovibond, 1995; Watson & Clark, 1995). Contudo, essa distinção é substancialmente difícil em termos clínicos e empíricos devido a diversos aspetos, tais como: (a) forte associação entre a ansiedade e os sintomas da depressão (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004); (b) elevada comorbilidade (e.g., Brown et al., (2001), cit. por Holander-Gijsman et al., 2012; Clark & Watson, 1991); e, (c) sobreposição de sintomas-chave da ansiedade e da depressão, causando problemas ao nível dos instrumentos e tornando as suas medidas altamente correlacionadas e moderadamente discriminativas (Clark & Watson, 1991; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004; Watson & Clark, 1995).

Os acontecimentos de vida stressantes podem gerar episódios de ansiedade e depressão, e precipitar respostas características de stresse (Selye 1952, cit. por Lovibond & Lovibond, 1995). A resposta de stresse produz alterações cognitivas, comportamentais e fisiológicas, e depende da discrepância entre a forma como o indivíduo percebe o elemento stressor e como percebe a sua capacidade para lidar com o mesmo (Lipp, 2006; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Ribeiro, 2005; Selye, 1951). Assim, o stresse pode definir-se como um processo complexo gerado por uma resposta não específica do indivíduo a um stressor, que pode ser interno ou externo.

Em níveis moderados, o stresse capacita o indivíduo para lidar com situações de mudança e adversas; proporciona uma melhor percepção dessas situações e das suas consequências; permite um processamento mais rápido da informação e capacidade de resolução de problemas; e, aumenta a motivação, energia e produtividade (Lipp, 2006; Lipp & Malagris, 2001; Margis et al., 2003).

Selye (1951) descreveu a resposta orgânica aos stressores como Síndrome de Adaptação Geral, a qual possui três fases: 1) alerta - o indivíduo ganha energia devido à produção de adrenalina, assegurando a sobrevivência; 2) resistência - indivíduo tenta lidar automaticamente com os stressores de forma a manter a homeostasia; 3) exaustão - ocorre quando os fatores de stresse persistem em frequência e intensidade, ocorrendo uma quebra da resistência. É nesta última fase que surgem frequentemente perturbações físicas e psicológicas, tais como enfarte, depressão, e ansiedade (Lipp, 2003; Selye, 1951). Assim, quando em níveis elevados, tem consequências sérias no bem-estar dos indivíduos resultando, com frequência, em cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, crises de ansiedade e de humor, e doenças físicas devido à diminuição do funcionamento imunitário (Lipp, 2006; Lipp & Malagris, 2001; Margis et al., 2003).

Clark e Watson (1991) desenvolveram uma conceptualização designada por Modelo Tripartido, no qual propõem a existência de três dimensões: afeto negativo, afeto positivo e excitação somática. O afeto negativo refere-se aos sintomas inespecíficos comuns à ansiedade e à depressão, que podem ajudar a compreender a comorbilidade, a sobreposição de sintomas, e a forte associação entre as medidas dos dois constructos (e.g., insónia, inquietação, irritabilidade e falta de concentração). O baixo afeto positivo abrange os sintomas de anedonia específicos da depressão, tais como a falta de entusiasmo, excitação e energia. Por fim, a excitação somática é a dimensão relativamente específica da ansiedade, que inclui sintomas como tensão e hiperexcitação (Holander-Gijsman, et al., 2010; Holander-Gijsman et al., 2012; Watson & Clark, 1995).

Com o intuito de operacionalizar o Modelo Tripartido, surgiram várias medidas, entre as quais a Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-42; Lovibond & Lovibond,

1995). Os autores procuraram construir uma escala que abrangesse o máximo de sintomas de ansiedade e depressão, com a absoluta discriminação entre ambas e com elevados padrões psicométricos. Os itens da escala foram construídos com base na experiência clínica e foram posteriormente testados, dando origem a três fatores: depressão, ansiedade e stresse. A depressão caracteriza-se essencialmente pela perda de autoestima e iniciativa, e está associada à percepção de baixa probabilidade de alcançar objetivos significativos para o indivíduo. A ansiedade enfatiza a ligação entre estados persistentes de ansiedade e as respostas intensas de medo. O stresse inclui itens menos discriminativos da ansiedade e depressão, referindo-se a estados persistentes de excitação e tensão, baixa tolerância à frustração, dificuldade em relaxar, irritabilidade e agitação. Após o estudo da escala, os autores concluíram que a depressão, a ansiedade e o stresse podem ser diferenciados através da DASS-42, tendo esta demonstrado qualidades psicométricas satisfatórias.

Em 2004, Pais-Ribeiro, Honrado e Leal procederam à adaptação portuguesa da versão reduzida da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), designada Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) e foi o instrumento de medida utilizado neste estudo.

Dado que os sintomas de ansiedade, stresse ou depressão podem prejudicar a higiene do sono e sendo o inverso também, a qualidade do sono é também uma dimensão com interesse para este âmbito de análise. A evidência científica acumulada nos últimos anos leva Bliwise (2008) (cit. Por Macedo, 2012) a afirmar que o sono é “um comportamento de saúde de importância preditiva para a saúde, bem-estar e sobrevivência, apenas equiparado possivelmente à dieta/nutrição ou à atividade física.”

O sono é um tema que tem vindo a ganhar importância na sociedade, não só porque se regista um aumento das perturbações de sono, mas também porque tem aumentado o número de investigações realizadas sobre o assunto (Rebelo Pinto, 2010).

## NECESSIDADES DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

São perentórias as necessidades de prestação de cuidados de saúde mental da população em geral, o que inclui a poluição ativa. Segundo Frاسquilho (2014) 50% das baixas médicas, nomeadamente as de longa duração, estão relacionadas com perturbações do foro mental. Assiste-se também a uma nova problemática: os suicídios no local de trabalho. Em teoria, podemos considerar um certo contágio social deste disfuncionamento.

É nosso entendimento que o local de trabalho é o ambiente adequado para prevenir, proteger, identificar, tratar e, em simultâneo, promover de forma eficaz a saúde mental dos seus colaboradores.

O impacto da saúde mental no trabalho corresponde a cerca de 3 a 4% do PIB (*Produto Interno Bruto*) dos países europeus (OCDE, 2015). Estes dados são, por si só, suficientes para justificar a necessidade de se pensar em que estratégias e práticas a serem adoptadas no mundo do trabalho para identificar e prevenir os factores de risco psicossociais. Estes riscos dependem do modo como o trabalho é concebido, organizado e gerido e do contexto económico e social em que é realizado (EU-OSHA, 2007b).

Os dados empíricos demonstram que os profissionais do sector da saúde são dos mais expostos a riscos psicossociais para a saúde mental (OMS, 2004). Neste sector são considerados riscos mais preponderantes: as expectativas elevadas, a insuficiência de tempo, as competências por vezes desajustadas para a exigência das tarefas, o fraco apoio social, o confronto com o sofrimento, o tratamento de moribundos, as urgências, a exposição a acontecimentos traumáticos e as queixas e litígios (McNeely, 2005; Cox e Griffiths, 1996; Jettinghoff e Houtman, 2009). A exposição aos riscos de violência e de assédio psicológico e moral estão determinadas acima da média para o sector da saúde, na EU. Os empregadores europeus estão legalmente obrigados a gerir todos os tipos de riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores, incluindo os riscos para a saúde mental (EU-OSHA, 2011). Entre outras, uma das recomendações explanada no Relatório de Boas Práticas da Promoção da Saúde Mental no Local de Trabalho é disponibilizar, de forma gratuita e durante o período de trabalho, serviços de especializados em saúde mental, onde todos os trabalhadores possam receber apoio psicoterapêutico para as suas problemáticas da vida privada ou profissional.

A Saúde Ocupacional (SO) (por vezes denominada como Saúde e Segurança do Trabalho (SST) tem por finalidade a prevenção dos riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador. Através de estratégias de identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho, ou deles emergentes, de ações de

vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no local de trabalho. A SO visa ainda garantir ambientes de trabalho saudáveis que: evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco, suscetíveis de comprometer a saúde do trabalhador; assegurem uma elevada qualidade de vida no trabalho; e permitam alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores (DGS, 2013).

Apesar das crescentes recomendações no âmbito da atenção que deve ser dedicada à saúde mental no contexto da saúde ocupacional e dos exemplos de boas práticas que vão surgindo um pouco por todo o mundo (Hilton, 2005), no caso de Portugal, há ainda um vasto caminho a desenvolver sobre esta matéria.

O vigente Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) – 2º Ciclo 2013/2017 refere que se *“pretende dar especial enfoque à vigilância da saúde dos trabalhadores e à qualidade e cobertura dos Serviços de Saúde Ocupacional, visando alcançar ganhos em saúde, assim como promover o “valor da saúde” junto dos trabalhadores, empregadores e sociedade em geral, designadamente em resposta à evolução demográfica, às tendências do emprego e à recessão económica global e ao seu impacto na saúde, na segurança e nas condições de trabalho”* (DGS, 2013).

Entre os vários princípios estratégicos, prioridades estratégicas e objectivos, explanados no PNSO 2013-2017 não conta a inclusão efetiva e específica de ações de avaliação e promoção da saúde mental.

A alusão à saúde mental apresentada naquele documento é relativa ao âmbito dos riscos psicossociais e suas consequências: *“frequentemente relacionadas com o absentismo, o desemprego, a precariedade, a incapacidade prolongada, os níveis de desempenho e produtividade reduzidos, pouca motivação e elevada rotatividade dos trabalhadores.”*; e acrescenta: *“esta matéria necessita de maior impulso nacional cabendo à DGS promover algumas orientações para os Serviços SST/SO neste âmbito”*, através das seguintes ações: 1) *“elaborar orientações estratégicas que previnam a eclosão ou o agravamento de situações adversas de saúde mental em contexto de trabalho, desencadeadas pela exposição a fatores de risco de natureza psicossocial”* e 2) *“estabelecer modelo(s) de referenciação para cuidados diferenciados no âmbito de doenças crónicas, da saúde mental e outras, por parte dos Serviços de SST/SO.”*

Acresce a esta inexistência de estruturas e ações de cuidados ao nível da saúde mental (quer sejam de prevenção, vigilância, referenciação ou promoção) dos profissionais as dificuldades associadas aos comportamentos de procura de ajuda Loureiro (2013), particularmente, devido ao estigma que ainda está alocado à concepção de doença mental (Chambers et al., 2010; Ross et al., 2009; Schulze, 2007; Cohen & Struening, 1962).



No Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental revela que no primeiro ano após o início da doença, menos de metade dos casos inicia o tratamento, em todos os tipos de perturbação mental.

Mesmo as perturbações que apresentam maior percentagem de início de tratamento no primeiro ano: perturbação de pânico (45.8%), depressão major (37.8%), distímia (37.5%) e a perturbação de ansiedade generalizada (34.3%) apresentam medianas de atrasos de 2 e 3 anos nos casos de perturbação de pânico e de perturbação de ansiedade generalizada e 3, 4 e 6 anos, respetivamente, na distímia, depressão major e perturbação bipolar. As fobias e as perturbações ligadas a abuso/dependência de substâncias são as que apresentam início de tratamento mais tardio. (Almeida e col., 2010).

O tratamento precoce tem provado ter uma influência significativa na evolução da maior parte das perturbações mentais (Keyes, Dhingra e Simões, 2010). Além de todos os outros ganhos evidenciados na relação custo-efetividade das intervenções precoces. Assim, percebe-se que as intervenções para a promoção da saúde mental deverão combinar a construção das competências pessoais com a criação de ambientes que potenciem os factores protetores nos contextos em que os indivíduos passam mais tempo (Pollet, 2007).

## PROFISSIONAIS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os Cuidados de Saúde Primários, conceito estabelecido em 1978 na Conferência de Alma-Ata organizada pela OMS e pela UNICEF, constituem a principal estrutura de um sistema de saúde, quer pela dimensão de problemas de saúde que resolvem (80 a 85%), quer pela diversidade de intervenções que asseguram. Atuam ao longo de todas as fases da vida e integram todas as modalidades de intervenção em saúde: promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, terapêutica adequada, reabilitação e reinserção social. Localizam-se próximo da população e são pró-ativos para com os cidadãos, designadamente com os mais vulneráveis, contribuindo para promover a equidade e garantir o acesso aos cuidados de saúde. Promovem a participação ativa dos cidadãos no seu processo de saúde e no dos outros. Os CSP asseguram a maior fatia do total da prestação de cuidados de saúde à população, nomeadamente à população portuguesa. Conferem, comprovadamente, mais efetividade e eficiência aos sistemas de saúde (ACSS, 2012).

Segundo dados do relatório da Rede para a Evidência em Saúde (HEN-Health Evidence Network) de 2004, os países com um sistema forte em CSP apresentam melhores resultados em saúde nos itens: mortalidade por todas as causas, mortalidade prematura por todas as causas e mortalidade prematura por causas específicas (associadas às doenças cardiovasculares e respiratórias). A maior disponibilidade de CSP está também associada a maior satisfação dos cidadãos e à redução de custos (Atun, 2004). Todavia, a expansão da rede de CSP nem sempre se poderá traduzir na redução de custos, visto que ao identificar as necessidades não satisfeitas e ao melhorar a acessibilidade, aumenta a probabilidade do aumento da procura e da utilização dos serviços (Atun, 2004).

Assiste-se um pouco por todo o mundo a um crescente interesse dos governos em melhorar equidade, a eficiência, e eficácia e capacidade de resposta dos seus sistemas de saúde e os políticos, os gestores de saúde e as populações colocam os CSP no centro das atenções (Lewis et al., 2005).

O relatório da OMS de 2008, intitulado: *“Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais do que Nunca”* reitera que a missão deve ser mantida e que “os sistemas de saúde precisam responder melhor – e mais rapidamente – aos desafios de um mundo em mudança” aos níveis: dos padrões de saúde e de doença, das alterações sociodemográficas, da pressão socioeconómica e da não equidade de acesso aos cuidados de saúde. O foco da missão é a acessibilidade equitativa do cidadão e são os CSP que podem fazê-lo.

Impõe-se uma reconfiguração dos centros de saúde, através da criação de uma rede de equipas, consubstanciada na necessidade de descentralizar os serviços e no reconhecimento da importância do trabalho em equipa para o alcance dos objectivos da missão do CSP (Branco e Ramos, 2001; Pisco, 2007). Esta rede de equipas multiprofissionais são pequenas unidades operativas com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade (Branco e Ramos, 2001).

Em Portugal, a reforma dos CSP começa a ser desenhada em meados da década de 90 e foi formalmente iniciada em 2005 (Miguel, 2010). Abrangeu a reorganização local dos cuidados, com especial ênfase na criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com o consequente desaparecimento da estrutura intermédia constituída pelas Sub-Regiões de Saúde. O enquadramento legal dos ACES do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi estabelecido pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro e pelas Portarias nº 272 a 276/2009, de 18 de Março.

Na atual estrutura dos ACES continua a prevalecer a clássica tríade dos profissionais dos CSP – médicos, enfermeiros e administrativos – no entanto, preconiza-se que os ACES tendam gradativamente a englobar a intervenção de uma significativa rede multiprofissional. Assim, os ACES podem incluir, além das USF e dos órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão (Direção Executiva (DE), Conselho Clínico e da Saúde (CCS), Conselho de Comunidade (CC), Conselho Executivo (CE), Gabinete do Cidadão (GC) e Unidade de Apoio à Gestão (UAG)), uma série de outras estruturas funcionais de cariz multiprofissional: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Para nos acercarmos da população de profissionais dos CSP importa portanto retermos que estes foram recentemente foram sujeitos a alterações no seu contexto profissional, designadamente ao nível da estrutura, organização e dinâmica dos serviços.

O sector da saúde abarca um dos mais representativos números de profissionais da população ativa europeia, representando cerca de 10% dos trabalhadores da União Europeia (EU). Neste sector verifica-se um desequilíbrio muito acentuado em termos de género: quase 80% dos profissionais são mulheres (EU- OSHA, 2009).

Em Portugal, os últimos dados estatísticos disponíveis são referentes à data de 31 de dezembro de 2014 e informam que existem 130.240 profissionais no total das instituições do MS/SNS, sendo que destes 82.003 (63%) encontram-se em cuidados hospitalares, 24.045 (18%) em ARS (inclui Cuidados de Saúde Primários – ACES e serviços centrais da ARS), 13.761 (11%) em tipologia integradas de cuidados de saúde

(Unidades Locais de Saúde), 6.321 (5%) em Hospitais em regime Parceria Público Privada e 4.110 (3%) encontram-se nos serviços centrais e regionais de natureza técnica e administrativa (ACSS, 2014).

A revisão bibliográfica permite constatar uma forte carência de estudos na área da saúde mental sobre a maioria destes grupos profissionais, com alguma exceção para as classes médica e de enfermagem, em particular, acerca da síndrome psicológica de *burnout*. A existência ou não de diagnóstico de doença mental nos próprios profissionais de saúde é raramente investigada, tão pouco, naqueles que embora trabalhem em instituições de saúde não intervêm diretamente com os cidadãos.

Na contribuição do relatório dos “Cuidados Saúde Primários – Reforçar e Expandir” para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, está mencionado entre as suas cinco *Áreas Específicas de Intervenção* nos CSP, a do Reforço da Saúde Mental nos CSP: “é necessário alargar a prestação de cuidados de saúde mental no âmbito dos cuidados primários através da criação de serviços de psicologia”.

## ESTUDO EMPÍRICO

O protocolo desta investigação foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, I.P. que emitiu parecer favorável por unanimidade e foi autorizado pelo Conselho Diretivo (*Vide* Apêndice 3). Igualmente foi subordinado e teve parecer favorável da Direção Executiva e do Conselho Clínico do ACES (*Vide* Apêndice 4).

### ***Procedimentos***

Após cúmulo das autorizações anteriores contactaram-se os Coordenadores das dezanove Unidades do ACES, explicou-se o âmbito do estudo e solicitou-se autorização para que a administração dos instrumentos de avaliação (*Questionário* de autorresposta) se realizasse durante uma reunião geral da equipa das suas respetivas Unidades. Desta forma, procedeu-se ao agendamento para a recolha dos dados e respetiva inclusão desta ação na ordem de trabalhos das reuniões de cada uma das Unidades.

A metodologia foi definida de forma a garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes. O *Questionário* de autopreenchimento não identifica os inquiridos e a sua administração e preenchimento decorreu em grupo. No início de cada sessão, realizou-se uma breve apresentação oral acerca do âmbito do estudo e os profissionais foram convidados a participar voluntariamente. Cada participante, no final do preenchimento do *Questionário*, colocou-o numa urna (caixa concebida para esse efeito). Esta fase decorreu durante o segundo trimestre de 2016.

### ***Tipo de Estudo***

Tendo em conta os objectivos que adiante se descrevem, considera-se que este estudo é de carácter *exploratório* e *transversal* – considerando a dimensão tempo, cada indivíduo é avaliado apenas num único momento e são comparados grupos de pessoas com base nas suas características (Prince, 2003), *quantitativo* – suporta-se em técnicas quantitativas na medida em que se recorre a meios para sumariar, de forma numérica, grandes quantidades de informação com vista a obtenção de descrições, relações e explicações estatísticas (Coolican, 2004), é *descritivo* e *correlacional* – por ser o tipo de pesquisa que procura explorar relações que possam existir entre as variáveis, com exceção da relação de causa-efeito. Por outro lado o estudo das relações entre variáveis é descritivo porque não há a manipulação de variáveis, sendo a predição o tipo de relação mais frequentemente estabelecida (Fortin, 2003).

## ***Análise Estatística***

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos foi utilizado o programa de análise estatística: Statistical Package for Social Scienses - SPSS®, versão 23.0.

Na análise descritiva da amostra em estudo, foram aplicadas estatísticas descritivas e inferenciais. As variáveis categoriais foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e desvio-padrão ou mediana, percentil 05 e percentil 95, consoante a distribuição destas seja simétrica ou assimétrica, respetivamente.

O tamanho da amostra e dos grupos (amostras de comparação) e a distribuição das variáveis permitiu o uso de testes e medidas paramétricas. Foram utilizados testes de correlação de Pearson (bisserial) para a análise da relação entre variáveis. Para classificar a magnitude dos coeficientes de correlações seguimos o critério de Cohen: .01, baixa; .30, moderada, e .50, elevada. Para a comparação de proporções de respostas e de pontuações médicas foram utilizados, respetivamente, os testes de Qui-quadrado e T de Student. Seguindo uma prática comum em estudos empíricos com variáveis psicológicas as respostas aos itens foram consideradas variáveis ordinais (Kiess & Bloomquist, 1985).

## **OBJECTIVOS**

O foco de interesse desta investigação nasce da observação clínica e empírica dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários. Na tentativa de construir evidência científica daquilo que são percepções, análises e inferências teóricas e empíricas das necessidades de cuidados em saúde mental para aqueles profissionais, definiram-se os seguintes objectivos neste estudo:

### **OBJECTIVOS GERAIS**

- 1) Conhecer os níveis de Perturbação Psicológica e de Perfeccionismo nos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários;
- 2) Identificar as Percepções de Necessidades de Cuidados em Saúde Mental nos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários.

### **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

- 3) Analisar a relação entre Perfeccionismo, níveis de Perturbação Psicológica e Percepções de Necessidades de Cuidados em Saúde Mental nos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários.
- 4) Comparar os níveis de Perturbação Psicológica e de Perfeccionismo entre profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e adultos da população geral.

# MATERIAL E MÉTODOS

## *Instrumentos de Avaliação*

Para a consecução dos objectivos do estudo compilou-se uma bateria de questionários de autorresposta que se designa por *Questionário* (Vide Apêndice 6). Este é constituído pelos seguintes instrumentos:

### **I. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Afere aos parâmetros de *Idade, Sexo, Estado Civil, Grau de Escolaridade e Grupo Profissional*.

### **II. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE**

É composto por questões inéditas elaboradas especificamente para este estudo, em colaboração com os orientadores, que visam avaliar os antecedentes e o estado atual de problemas psiquiátricos ou psicológicos e as percepções das necessidades de cuidados em saúde mental.

Este questionário comporta ainda alguns itens das escalas de Auto-ocultação - Saúde (Costa et al., 2016), da Escala de Percepção de Saúde (Soares et al., 2013) e do Índice de Qualidade do Sono (Lopes et al., 2014) (Vide Apêndice 5). De seguida discriminam-se de seguida todos itens que constituem o Questionário de Saúde.

#### ➤ **Problemas Psiquiátricos ou Psicológicos – Antecedentes** (*Questões elaboradas especificamente para este estudo*)

Para todos os itens que se seguem a métrica utilizada é de escala dicotómica do tipo “SIM ou Não”.

- **Item 1** – “Ao longo da sua vida teve problemas psiquiátricos ou psicológicos em que não se sentisse ou comportasse como é habitual?” Se sim, quando foi a última vez?”;
- **Item 2** - “Ao longo da sua vida teve problemas psiquiátricos ou psicológicos que o levaram a procurar um profissional devido ao modo como se sentia?”;



- **Item 3** – Houve algum período em que pensou ou alguém lhe aconselhou a procurar ajuda profissional devido ao modo como se sentia ou comportava?”;
- **Item 4** – “Houve alguma vez um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar ou cuidar de outras responsabilidades por razões psiquiátricas ou emocionais?”;
- **Item 5** – No passado tomou algum tipo de psicofármaco (medicação para o sistema nervoso)?” Se sim, indique o nome (...) ou assinale o tipo (Ansiolítico, sedativo, hipnótico; Antipsicótico; Antidepressivo; Estabilizador do humor).

➤ **Problemas Psiquiátricos ou Psicológicos – Estado Atual** (*Questões elaboradas especificamente para este estudo*)

- **Item 1** – “Atualmente está a tomar algum tipo de psicofármaco (medicação para o sistema nervoso)?” Se sim, indique o nome (...) ou assinale o tipo (Ansiolítico, sedativo, hipnótico; Antipsicótico; Antidepressivo; Estabilizador do humor);
- **Item 2-** “Atualmente tem problemas psiquiátricos ou psicológicos em que não se sente ou comporta como lhe é habitual?”;
- **Item 3** – “Atualmente tem problemas psiquiátricos ou psicológicos que o levam a ter ajuda profissional?”.

➤ **Percepção de Necessidades de Cuidados em Saúde Mental** (*Questões elaboradas especificamente para este estudo*)

As percepções são aferidas numa escala de tipo Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “discordo completamente” e 5 corresponde a “concordo completamente.

- **Item 1** – “Os profissionais de saúde beneficiariam em ter disponível um serviço de saúde mental específico para as suas necessidades.”;
- **Item 2** – “A equipa/unidade da qual faço parte beneficiava com sessões de grupo orientadas para o trabalho em equipa.”
- **Item 3** – “Seria útil para os profissionais de saúde serem periodicamente avaliados relativamente ao seu estado psicológico e mental, por exemplo no

âmbito de uma consulta de Psicologia no Trabalho (do tipo das consultas de Medicina no Trabalho).

➤ **Escala de Auto-ocultação - Saúde (Costa et al., 2016)**

Esta dimensão de auto-ocultação é composta por dois itens e é medida numa escala de tipo Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “discordo completamente” e 5 corresponde a “concordo completamente”.

- **Item 1** – “Quando tenho um problema de saúde física prefiro guardar isso só para mim”;
- **Item 2** – “Quando me sinto nervoso ou em baixo prefiro guardar isso só para mim”.

O estudo de validação do instrumento revela que estes dois itens apresentam boa validade interna, ou seja, coeficientes de correlação elevados ( >.55) com o total da escala e tinham o efeito de diminuir o  $\alpha$  Cronbach se retirados. A consistência interna destes dois itens (Índice de Auto-ocultação de Saúde) é elevada, apesar de serem apenas dois itens ( $\alpha=.83$ )

➤ **Escala de Percepção de Saúde (Soares et al., 2013)**

Este pequeno instrumento tem-se revelado válido e fidedigno para a avaliação da autopercepção de saúde. Estas dimensões de autopercepção de saúde são referentes ao último ano e avaliadas numa escala de tipo Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “muito má” e 5 corresponde a “muito boa”.

- **Item 1** – “Como tem sido a sua saúde física?”;
- **Item 2** – “Como classifica a sua saúde psicológica e mental?”.

➤ **Índice de Qualidade do Sono (Lopes et al., 2014)**

Para avaliar a qualidade sono, referente ao espaço temporal do último mês, utilizou-se um questionário com quatro itens:

- **Item 1** (Latência do Sono) – “Teve dificuldade em começar a dormir?”;

- **Item 2** (Acordares Noturnos) - “Acordou muitas vezes durante a noite?”;
- **Item 3** (Acordar Precoce) – “Acordou de manhã espontaneamente antes da hora desejada e não consegui voltar a adormecer?”.

Estes três itens são medidos numa escala do tipo Likert de 5 pontos na seguinte correspondência: 1 - “nunca”; 2 - “raramente”; 3 - “algumas vezes”; 4 - “3/4 noites por semana”; e 5 - “quase todas noites”. Com base na soma das pontuações nos itens Latência do Sono, Acordares Noturnos e de Acordar Precoce construímos um Índice de Qualidade do Sono (IQS). A pontuação teórica desta variável pode variar de 3 a 15 pontos, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior perturbação do sono. O coeficiente alpha de Cronbach ( $\alpha$ ), incluindo estes 4 itens, foi de .73 (“aceitável”, DeVellis, 1991).

O último item afere ao número de horas de sono/noite e é medido pelo número de horas.

- **Item 4** (IQS\_4) – “Habitualmente, quantas horas dorme por noite?” ( $\leq 5$ , 5-6, 6-7, 7-8, +/-8, 8-9, 9-10, 10-11 e  $\geq 11$ )

### III. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERFECCIONISMO DE HEWITT & FLETT (MPS – H&F) – 13 (Soares et al. 2016)

A Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett (MPS – H&F) foi adaptada e validada para a população portuguesa por Soares, Macedo, Santos e Azevedo (2003). Na sua versão original, esta escala é composta por 45 itens, avaliados numa escala de tipo Likert de 7 pontos, em que 1 corresponde a “discordo completamente” e 7 corresponde a “concordo completamente”.

Posteriormente foi desenvolvida e validada a sua versão reduzida composta por 13 itens (Soares et al. 2016), através da seleção dos itens com pesos factoriais mais elevados nos respetivos factores. Neste estudo de validação, a consistência interna desta versão de 3 itens foi de .82 e a de cada 1 dos 3 factores foi respetivamente de **PAO .90**, **PSP .69** e **POO .71**. Esta versão reduzida apresenta boa validade convergente quer com a versão completa quer com a Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (1990). Nesta versão reduzida as dimensões são constituídos pelos seguintes itens:

- **PAO** (perfeccionismo auto-orientado) – **7 itens** (item 1,3,5,6,7,8 e 9); exemplo:  
Item 1 - “Um dos meus objectivos é ser prefeito (a) em tudo que faço”;

- **POO** (perfeccionismo orientado para os outros) – **2 itens** (item 2 e 13); exemplo: Item 13 – “É-me indiferente que um bom amigo não tente fazer o seu melhor”;
- **PSP** (perfeccionismo socialmente prescrito) – **4 itens** (item 4,10,11 e 12); exemplo: Item 11 – “Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim”.

#### IV. ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE (EADS-21) - (Pais Ribeiro et al., 2004)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) foi adaptada e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). O instrumento apresenta boas propriedades psicométricas e é constituído por 21 itens, distribuídos equitativamente, ou seja, 7 itens, pelas três subescalas de *Ansiedade*, *Depressão* e *Stresse*. Para cada sintoma discriminam-se de seguida os respectivos itens.

- **Ansiedade:** *Excitação do sistema autónomo – Itens 2,4 e 19; Efeitos músculo-esqueléticos – Item 7; Ansiedade situacional – Item 9; Experiências subjetivas de ansiedade – Item 15 e 20*
- **Depressão:** *Disforia – Item 13; Desânimo – Item 10; Desvalorização da vida – Item 21; Autodepreciação – Item 17; Falta de interesse ou de envolvimento – Item 16; Anedonia – Item 3; Inércia – Item 5.*
- **Stresse:** *Dificuldade em relaxar – Itens 1 e 12; Excitação nervosa – Item 8; Facilmente chateado/agitado – Item 18; Irritação/reacção exagerada – Itens 6 e 11; Impaciência – Item 14.*

Todos os itens medem a gravidade e frequência dos sintomas experimentados durante a última semana (últimos 7 dias), numa escala tipo Likert de 4 pontos de severidade ou frequência: (0 - zero) - “não se aplicou nada a mim”, (1) - “aplicou-se a mim algumas vezes”, (2) - “aplicou-se a mim de muitas vezes”, (3) “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A cotação faz-se através da soma dos resultados dos 7 itens. Deste modo, obtém-se uma nota para cada subescala, assim as notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos.

## PARTICIPANTES

### I) Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários

A amostra é constituída por 300 profissionais dos CSP de uma ACES da Região Norte, entre os quais 242 (81%) do sexo feminino e 48 (19%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, sendo a média de idades de 43 anos (DP=1; Mdn=41; variação: 25-64). A maioria (n=191, 63%) é casada(o)/vive com companheiro(a), seguida dos solteiros(as) (n=69, 23%), divorciados(as) (n=38, 13%) e viúvos(as) (n=2, 1%). Pelos sete grupos profissionais distribuem-se na seguinte prevalência: 35% (n=106) Médicos, 32% (n=97) Enfermeiros, 22% (n=67) Assistentes Técnicos, 4% (n=13) Assistentes Operacionais e 2% para os restantes Técnicos Superiores (n=7), Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (n=5) e Técnicos Superior de Saúde (n=5). No que concerne ao grau de escolaridade, 58% (n=173) são licenciados, 20% (n=59) detêm o ensino secundário, 15% (n=45) são mestres (pré e pós Bolonha), 2% (n=7) têm o 3º ciclo, (2%), 2% (n=6) o 2º ciclo e 2% (n=7) assinalam “outro” (designando as especialidades), 1% (n=2) têm doutoramento.

A caracterização sociodemográfica dos participantes está de seguida discriminada na **Tabela 1. Distribuição da idade dos participantes CSP (n=300).** e **Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica CPS (n=300).**

**Tabela 1. Distribuição da idade dos participantes CSP (n=300).**

	média	(dp)	mdn	P05	P95	min	Max
<b>Idade (em anos)</b>	43	(1)	41	29	61	25	64

Mdn-mediana; P-Percentil; min-minimo; Max-maximo

**Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica CSP (n=300).**

	n	(%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	242	(81)
Masculino	58	(19)
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)/Nunca casou	69	(23)
Divorciado(a)/Separado(a)	38	(13)
Casado(a)/Vive com companheiro(a)	191	(63)
Viúvo(a)	2	(1)
Outro	0	(0)
<b>Escolaridade</b>		
1ºciclo	1	(0)
2ºciclo	6	(2)
3ºciclo	7	(2)
Ensino Secundário	59	(20)
Licenciatura	173	(58)
Mestrado	45	(15)
Doutoramento	2	(1)
Outro	7	(2)
<b>Grupo profissional</b>		
Assistente Operacional	13	(4)
TDT	5	(2)
Assistente Técnico	67	(22)
Técnico superior	7	(2)
Enfermeiro	97	(32)
Técnico superior de Saúde	5	(2)
Médico	106	(35)
Outro	0	(0)

## II) População Geral (adultos)

Para efeitos de comparação com o grupo de profissionais dos CSP em estudo, obtivemos dados, que foram facultados pelo Serviço de Psicologia Médica (SPM) da FMUC, de dois grupos de adultos da população geral.

### ▪ Grupo A (n= 550) – Caracterização

Este grupo é constituído por 550 participantes adultos recrutados com a colaboração do SPM (conhecidos dos colaboradores, orientandos e alunos) e preencheu as escalas de Auto-ocultação - Saúde (Costa et al., 2016) e a Escala de Percepção de Saúde (Soares et al., 2013), entre Março e Abril de 2015. A idade média é de 43.49 ( $\pm 10.565$ ) anos, variando de 24 a 78 anos (Tabela X). Dos participantes 60.5% (n=333) eram do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 62.4% (n=343) eram casados/unidos de facto, 31.0% (n=166) eram solteiros, e 5.0% (n=27) eram divorciados/separados de facto. A escolaridade média foi de 12.13 ( $\pm 4.373$ ) anos (Tabela Y).

- **Grupo B (n=412) – Caracterização**

Este grupo é composto por 412 adultos da comunidade (pais de alunos das unidades curriculares do SPM) e preencheu a Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett (MPS – H&F) – 13 (Soares et al. 2016) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) – (Ribeiro, et al. 2004) A idade média é de 51.21 anos. Dos participantes 53.2% (n= 219) eram do sexo masculino e 46.% (n=193) eram do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 89,6% (n=369) eram casados/unidos de facto, 8.25% (n=34) divorciados/separados de facto, 0.2% (n=1) solteiros, 0.5% (n=2) viúvos e 1% (n=4) outro. A escolaridade média foi de 12.54 anos.

## RESULTADOS

### ➤ **Problemas Psiquiátricos ou Psicológicos – Antecedentes – CSP (n=300)**

Entre os participantes profissionais dos CSP (n=300), 28% (n=84) teve ao longo da vida problemas psiquiátricos ou psicológicos em que não se sentisse ou comportasse como é habitual, destes, a última vez que em aconteceu foi, em média, há 66 meses (5 anos e 6 meses), conforme consta na Tabela 3. Antecedentes Psiquiátricos ou Psicológicos: Referência Temporal – CSP (n=300).

**Tabela 3. Antecedentes Psiquiátricos ou Psicológicos: Referência Temporal – CSP (n=300)**

	média	(dp)	min	P05	mdn	P95	max
<b>meses</b>	66	(9)	1	1	24	240	240

Conforme está apresentado na Tabela 4. Problemas Psiquiátricos ou Psicológicos: Antecedentes - CSP (n=300) verifica-se que 27% (n=80) procurou ajuda profissional por problemas psiquiátricos ou psicológicos, devido ao modo como se sentia e 29% (n=87) pensou ou foi aconselhado a procurar ajuda profissional, devido ao modo como se sentia ou comportava; 20% (n=59) teve um período de tempo em que não esteve capaz de trabalhar ou cuidar de outras responsabilidades, por razões psiquiátricas ou emocionais.

**Tabela 4. Problemas Psiquiátricos ou Psicológicos: Antecedentes – CSP (n=300)**

	n	(%)
<b>Ao longo da sua vida teve problemas psiquiátricos ou psicológicos em que não se sentisse ou comportasse como era habitual?</b>		
Não	213	(72)
Sim	84	(28)
<b>Ao longo da sua vida alguma vez teve problemas psiquiátricos ou psicológicos que o levassem a procurar um profissional de vido à maneira como se sentia ou agia?</b>		
Não	218	(73)
Sim	80	(27)
<b>Houve algum período em que pensou ou alguém lhe aconselhou a procurar ajuda profissional devido ao modo como se sentia ou comportava?</b>		
Não	211	(71)
Sim	87	(29)



Houve alguma vez um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar ou cuidar de outras responsabilidades por razões psiquiátricas ou emocionais?

Não	240	(80)
Sim	59	(20)

No passado tomou algum tipo de psicofármaco (medicação para o sistema nervoso)?

Não	191	(64)
Sim	106	(36)

Constata-se que 36% (n=106) tomou no passado algum tipo de psicofármaco, destes, 24% Ansiolítico, sedativo, hipnótico, 22% Antidepressivo e 2% Estabilizador do humor. Alguns participantes escreveram o fármaco que já tomaram e alguns deles escreveram o nome comercial do medicamento. Para facilitar a leitura dos dados optou-se nestes converter o nome comercial para o respectivo *princípio ativo* do fármaco. Assim, o tipo de psicofármaco e as respectivas frequências podem ser consultados na Tabela 4. Psicofármacos administrados CSP – Passado. Note-se que as somas são de valor superior ao tamanho da amostra, pois alguns participantes descreveram que tomaram mais do que um psicofármaco.

**Tabela 5. Psicofármacos administrados CSP – Passado**

<b>Psicofármaco</b>	<b>n</b>
<i>Alprazolam</i>	12
<i>Amisulprida</i>	3
<i>Bromazepam</i>	3
<i>Clomipramina</i>	1
<i>Clorazepato diposássio</i>	3
<i>Cloridrato de bupropiom</i>	1
<i>Cloridrato de trazadona</i>	3
<i>Cloxxam</i>	3
<i>Diazepam</i>	2
<i>Escitalopram</i>	2
<i>Fluoxetina</i>	17
<i>Lorazepam</i>	2
<i>Lorazepato de Etilo</i>	6
<i>Mexazolam</i>	2
<i>Midazolam</i>	1
<i>Mirtazapina</i>	1
<i>Paroxetina</i>	3
<i>Sertralina</i>	6
<i>Valeriana</i>	1
<i>Venlafaxina</i>	3

➤ **Problemas Psiquiátricos ou Psicológicos: Estado Atual – CSP (n=300)**

Conforme consta na Tabela 6. Problemas Psiquiátricos ou Psicológicos: Estado Atual – CSP (n=300) atualmente, 8% (n=23) tem problemas psiquiátricos ou psicológicos em que não se sente ou comporta como é habitual e 6% (n=18) têm no presente ajuda profissional por problemas psiquiátricos ou psicológicos.

**Tabela 6. Problemas Psiquiátricos ou Psicológicos: Estado Atual – CSP (n=300)**

	n	(%)
<b>Atualmente tem problemas psiquiátricos ou psicológicos em que não se sente ou comporta como lhe é habitual?</b>		
Não	275	(92)
Sim	23	(8)
<b>Atualmente tem problemas psiquiátricos ou psicológicos que o levam a ter ajuda profissional?</b>		
Não	279	(94)
Sim	18	(6)
<b>Atualmente está a tomar algum tipo de psicofármaco (medicação para o sistema nervoso)?</b>		
Não	261	(88)
Sim	37	(12)

Atualmente, entre os participantes, 12% (n=37) toma algum tipo de psicofármaco, e destes, 7% toma Ansiolítico, sedativo, hipnótico e 8% antidepressivo. O nome dos psicofármacos pode ser consultado na Tabela 7. Psicofármacos administrados CSP: Presente. Na qual, tal como se fez para a Tabela 6., se apresenta o nome princípio ativo.

**Tabela 7. Psicofármacos administados CPS: Presente**

<b>Psicofármaco</b>	<b>n</b>
<i>Alprazolam</i>	4
<i>Bromazepam</i>	2
<i>Cloridrato de bupropiom</i>	1
<i>Cloridrato de trazadona</i>	1
<i>Cloxxam</i>	1
<i>Diazepam</i>	1
<i>Fluoxetina</i>	7
<i>Loflazepato de etilo</i>	1
<i>Lorazepam</i>	1
<i>Paroxetina</i>	2
<i>Sertralina</i>	4
<i>Valeriana</i>	1

➤ **Índice de Qualidade do Sono – CPS (n=300)**

No que concerne à qualidade do sono, referente ao último mês, aferiu-se entre os participantes dos CPS que para a *Latência do Sono* 39% (n=116) *Raramente* teve dificuldade em começar a dormir, 31% (n=91) teve *Algumas vezes*, 20% (n=59) *Nunca* teve, 7% (n=21) teve em *3-4 noites* e 3% (n=10) teve *Quase todas as noites*. Os *Acordares Noturnos* estão distribuídos na seguinte proporção: 35% (n=103) acordou *Algumas vezes*, 33% (n=96) *Raramente*, 12% (n=34) *Quase todas as noites*, 12% (n=34) *Nunca* e 9% (n=28) *em 3-4 noites*. Para a dimensão *Acordar Precoce* verifica-se que 33% (n=97) *Raramente* acordou de manhã espontaneamente antes da hora desejada e não conseguiu voltar a adormecer, 30% (n=90) acordou *Algumas vezes*, 17% (n=50) *Nunca* acordou, 13% (n=37) acordou em *3-4 noites* e 7% (n=22) *Quase todas as noites*. Estes dados podem ser lidos na tabela que se segue Tabela 8. Qualidade do Sono – CPS (n=300).

**Tabela 8. Qualidade do Sono – CPS (n=300)**

	<b>nunca</b>		<b>raramente</b>		<b>algumas vezes</b>		<b>3-4noites</b>		<b>quase todas noites</b>	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Latência do Sono</b>	59	(20)	116	(39)	91	(31)	21	(7)	10	(3)
<b>Acordares Noturnos</b>	34	(12)	96	(33)	103	(35)	28	(9)	34	(12)
<b>Acordar Precoce</b>	50	(17)	97	(33)	90	(30)	37	(13)	22	(7)

A pontuação média do Índice de Qualidade do Sono (*Latência do Sono*, *Acordares Noturnos* e de *Acordar Precoce*) foi de 7.703 ( $\pm 2.628$ ; variação: 3.00-15.00).

O número de horas habituais de sono por noite dos participantes é em 43% (n=127) 6/7 horas/noite, 24% (n=72) 7/8 horas/noite, 18% (n=53) 5/6 horas/noite, 7% (n=21) 8 horas/noite, 5% (n=15) menos de 5 horas/ e 2% (n=7) 8/9 horas/noite. A Tabela 9. Número de Horas de Sono/Noite detalha estes dados.

**Tabela 9. Número de horas sono/noite – CPS (n=300)**

	n	(%)
<b>IQS_4</b>		
<5	15	(5)
5-6	53	(18)
6-7	127	(43)
7-8	72	(24)
8h	21	(7)
8-9	7	(2)
9-10	1	(0)
10-11	0	(0)
≥11	0	(0)

➤ **Percepção das Necessidades de Cuidados em Saúde Mental – CSP (n=300)**

Para os profissionais dos CSP que participaram no estudo verifica-se que 82% (n=250) declara que concorda (47% (n=138) *Concorda Completamente* e 35% (n=106) *Concorda*) que os profissionais de saúde beneficiariam em ter disponível um serviço de saúde mental específico para as suas necessidades, 11% (n=33) *Não concorda, Nem discorda*, 5% (n=14) *Discorda* e 2% (n=7) *Discorda Completamente*.

Relativamente à questão se a equipa/unidade da qual faz parte beneficiava com sessões de grupo orientadas para o Trabalho em Equipa, 81% (n=251) concorda (43% (n=127) *Concorda Completamente* e 38% (n=114) *Concorda*), 15% (n=45) *Não concorda, Nem discorda*, 3% (n=9) *Discorda Completamente* e 1% (n=3) *Discorda*.

Por fim, 80% (n=241) concorda (42% (n=127) *Concorda* e 38% (n=114) *Concorda Completamente*) que seria útil para os profissionais de saúde serem periodicamente avaliados relativamente ao seu estado psicológico e mental, por exemplo no âmbito de uma consulta de Psicologia no Trabalho (do tipo das consultas de Medicina no Trabalho), sendo que 15% (n=44) *Não concorda, Nem discorda*, 4% (n=12) *Discorda* e 1% (n=2) *Discorda Completamente*. A Tabela 10. Percepção das Necessidades de Cuidados em Saúde Mental – CSP (n=300) reúne estes resultados.

**Tabela 10. Percepção das Necessidades de Cuidados em Saúde Mental – CSP (n=300)**

	Discordo completamente		Discordo		Não Concordo, nem discordo		Concordo		Concordo completamente	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Serviço Saúde Mental</b>	7	(2)	14	(5)	33	(11)	<b>104</b>	<b>(35)</b>	<b>138</b>	<b>(47)</b>
<b>Trabalho Equipa</b>	9	(3)	3	(1)	45	(15)	<b>114</b>	<b>(38)</b>	<b>127</b>	<b>(43)</b>
<b>Psicologia no Trabalho</b>	2	(1)	12	(4)	44	(15)	<b>127</b>	<b>(42)</b>	<b>114</b>	<b>(38)</b>

➤ **Auto-ocultação: Saúde – Comparação entre os grupos Profissionais dos CSP e População Geral**

A aferição desta dimensão indica-nos que dos profissionais dos CSP 58% (n=170) não guarda só para si um problema de saúde física (40% (n=118) *Discordo* e 18% (n=52) *Discordo Completamente*), enquanto 20% (n=51) prefere ocultar um problema de saúde física (16% (n=49) *Concordo* e 4% (n=11) *Concordo Completamente*) e 23% (n=67) tanto

prefere ocultar como não o fazer (*Não concorda, Nem discorda*). Esta questão quando é referente à saúde mental indica-nos que 40% (n=139) prefere não guardar só para si quando de sente nervoso ou em baixo (*Discordo* (36% (n=106) e 11% (n=33) *Discordo Completamente*), 31% (n=92) prefere ocultar um problema de saúde mental (27% (n=79) *Concordo* e 4% (n=13) *Concordo Completamente*) e 22% (n=64) oculta e não oculta (*Não concordo, Nem discordo*). A Tabela 11. Auto-ocultação: Saúde – CSP (n=300) resume estes resultados.

**Tabela 11. Auto-ocultação: Saúde – CSP (n=300)**

	Discordo completamente		Discordo		Não Concordo, nem discordo		Concordo		Concordo completamente	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Saúde Física</b>	52	(18)	<b>118</b>	<b>(40)</b>	67	(23)	49	(16)	11	(4)
<b>Saúde Mental</b>	33	(11)	<b>106</b>	<b>(36)</b>	64	(22)	79	(27)	13	(4)

A Tabela 12. Auto-ocultação: Saúde – População Geral – Grupo A (n=550) indica-nos que na população geral se verifica que 52% (n=285) não prefere guardar só para si um problema de saúde física (30% (n=166) *Discordo* e 22% (n=119) *Discordo Completamente*), enquanto 20% (n=51) prefere ocultar um problema de saúde física (18% (n=98) *Concordo* e 2% (n=12) *Concordo Completamente*) e 28% (n=153) tanto prefere ocultar como não o fazer (*Não concorda, Nem discorda*). Esta questão quando é referente à saúde mental indica-nos que 41% (n=223) prefere não guardar só para si quando de sente nervoso ou em baixo (*Discordo* (24% (n=132) e 17% (n=91) *Discordo Completamente*), 28% (n=140) prefere ocultar um problema de saúde mental (24% (n=130) *Concordo* e 4% (n=19) *Concordo Completamente*) e 32% (n=176) apresenta ambivalência, tanto prefere ocultar como não (*Não concordo, Nem discordo*).

**Tabela 12. Auto-ocultação: Saúde – População Geral – Grupo A (n=550)**

	Discordo completamente		Discordo		Não Concordo, nem discordo		Concordo		Concordo completamente	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Saúde Física</b>	119	(22)	<b>166</b>	<b>(30)</b>	153	(28)	98	(18)	12	(2)
<b>Saúde Mental</b>	91	(17)	132	(24)	<b>176</b>	<b>(32)</b>	130	(24)	19	(4)

Para efeitos de comparação entre grupos, somámos os dois itens relativos à ocultação em saúde (Índice de auto\_ocultação\_saúde), e comparámos as pontuações médias através de um teste de T de Student. Este mostrou que as pontuações médias de ocultação dos profissionais de saúde (5.24±1.992) e dos adultos da população geral (5.22±2.020) não atingem a significância estatística (t=.176; p=.861).

➤ **Percepção de Saúde (física e mental) – Comparação entre os grupos Profissionais dos CSP e População Geral**

Relativamente à percepção de saúde (física e mental) nos participantes em estudo dos CSP, com referência ao último ano, conforme se constata na Tabela 13. Percepção de Saúde (física e mental) - CSP (n=300) verifica-se que 76% (n=225) considera que a sua saúde física tem tido boa (62% (n=184) *Boa* e 14% (n=41) *Muito Boa*, 21% (n=63) *Nem Boa, Nem Má*, 3% (n=8) *Má*, 1% (n=1) *Muito Má*. A autopercepção de saúde mental é considerada boa por 70% (n= 206) dos participantes (*Boa* em 57% (n=169) e *Muito Boa* em 13% (n=37), 24% (n=71) considera-a *Nem Boa, Nem Má*, 6% (n=18) *Má* e 0% (n=1) *Muito Má*.

**Tabela 13. Percepção de saúde (física e mental) – CSP (n=300)**

	Muito má		Má		nem boa nem má		Boa		Muito Boa	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>SF_1</b>	3	(1)	8	(3)	63	(21)	<b>184</b>	<b>(62)</b>	41	(14)
<b>SP_2</b>	1	(0)	18	(6)	71	(24)	<b>169</b>	<b>(57)</b>	37	(13)

Na população em geral verifica-se que 64% (n=350) considera que a sua saúde física tem tido boa (*Boa* 54% (n=295) e 10% (n=55) *Muito Boa*), 27% (n=148) *Nem Boa, Nem Má*, 8% (n=43) *Má*, 9% (n=5) *Muito Má*. A autopercepção de saúde mental é considerada boa em 70% (n=350) dos participantes (57% (n=313) *Boa* e 13% (n=37) *Muito Boa*), 25% (n=137) considera-a *Nem Boa, Nem Má*, 5% (n=27) *Má* e 2% (n=11) *Muito Má*. Tabela 14. Percepção de Saúde (física e mental) – População Geral – Grupo A (n=550)

**Tabela 14. Percepção de saúde (física e mental) – População Geral – Grupo A (n=550)**

	Muito má		Má		Nem boa, Nem má		Boa		Muito Boa	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>SF_1</b>	5	(9)	43	(8)	148	(27)	<b>295</b>	<b>(54)</b>	55	(10)
<b>SP_2</b>	11	(2)	27	(5)	137	(25)	<b>313</b>	<b>(57)</b>	37	(13)

Para comparação de proporções, dicotomizámos estas variáveis de percepção de saúde em duas categorias, tais que: 1 - Muito má, Má e Nem boa nem má e 0 – Boa, Muito Boa. O teste de Qui-Quadrado mostrou que os adultos da comunidade apresentam proporções significativamente mais elevadas de MÁ Saúde Física (35.9% vs. 24.7%;  $X^2=11.043$ ;  $p=.001$ ). Já as proporções de MÁ Saúde Psicológica não foram significativamente diferentes entre os profissionais dos CSP (30.4%) e os adultos da população geral (32.1%) ( $X^2=.241$ ;  $p=.341$ )

➤ **Perfeccionismo – Comparação entre os grupos Profissionais dos CSP e População Geral**

A tabela que se segue, Tabela 15. EMP (H&F):13 - Caracterização ao nível das afirmações – CSP (n=300) apresenta a distribuição das respostas dos profissionais dos CSP participantes no estudo.

**Tabela 15. MPS (H&F):13 Caracterização ao nível das afirmações – CSP (n=300)**

	Discordo completamente		Discordo bastante		Provavelmente discordo		Indeciso		Provavelmente concordo		Concordo bastante		Concordo completamente	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>PAO</b>	9	(3)	13	(4)	27	(9)	15	(5)	110	(37)	98	(33)	27	(9)
<b>POO</b>	54	(18)	120	(41)	66	(22)	36	(12)	12	(4)	6	(2)	1	(0)
<b>PAO</b>	64	(22)	109	(37)	58	(20)	25	(8)	27	(9)	8	(3)	5	(2)
<b>PSP</b>	28	(9)	77	(26)	67	(23)	41	(14)	54	(18)	17	(6)	11	(4)
<b>PAO</b>	4	(1)	12	(4)	19	(6)	12	(4)	76	(25)	105	(35)	71	(24)
<b>PAO</b>	3	(1)	9	(3)	17	(6)	14	(5)	88	(29)	113	(38)	55	(18)
<b>PAO</b>	9	(3)	15	(5)	39	(13)	32	(11)	78	(26)	82	(28)	42	(14)
<b>PAO</b>	18	(6)	30	(10)	52	(18)	42	(14)	66	(22)	58	(20)	31	(10)
<b>PAO</b>	3	(1)	15	(5)	28	(9)	26	(9)	88	(30)	106	(36)	31	(10)
<b>PSP</b>	5	(2)	11	(4)	21	(7)	63	(21)	89	(30)	84	(28)	24	(8)
<b>PSP</b>	25	(8)	42	(14)	65	(22)	66	(22)	53	(18)	34	(11)	12	(4)
<b>PSP</b>	30	(10)	55	(19)	71	(24)	73	(25)	41	(14)	20	(7)	6	(2)
<b>POO</b>	54	(18)	99	(33)	86	(29)	23	(8)	22	(7)	10	(3)	3	(1)

A comparação de pontuações médias total e dimensionais do MPS H&F-13 entre os profissionais dos CSP e os adultos da população geral (Grupo B) mostrou que os primeiros apresentam níveis significativamente superiores de perfeccionismo conforme pode ser lido na Tabela 16. MPS - H&F:13 - Comparação entre as pontuações dos Profissionais dos CSP e a População Geral

**Tabela 16. MPS – H&F:13 - Comparação entre as pontuações médias dos Profissionais dos CSP (n=300) e a População Geral – Grupo B (n=412)**

	Profissionais dos CSP (n=300) M±DP	População Geral Grupo B (n=412) M±DP	<i>t (gl)</i>	<i>p</i>
<b>PAO</b>	32.91(6.380)	30.92 (6.861)	3.851(680)	<.001
<b>PSP</b>	15.5(3.571)	14.63(3.264)	3.292(592.565)	.001
<b>POO</b>	5.17(2.083)	5.88(2.372)	-4.186(671.854)	<.001
<b>EMP13_Total</b>	53.49(8.342)	51.58(8.702)	2.842(661)	.005

➤ **Perturbação Psicológica – Profissionais dos CSP (n=300)**

A tabela que se segue, Tabela 17. EADS-21 - Caracterização ao nível das afirmações – CSP (n=300), resume a distribuição das respostas dos profissionais dos CSP participantes no estudo e a Tabela 18. Distribuição das Subescalas Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) – CSP (n=300) apresenta a respetiva distribuição pelas subescalas: *Ansiedade*, *Depressão* e *Stresse*.

**Tabela 17. EADS-21 - Caracterização ao nível das afirmações - CSP (n=300)**

	<i>nada a mim</i>		<i>algumas vezes</i>		<i>muitas vezes</i>		<i>maior parte das vezes</i>	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1.Dificuldade em relaxar	128	(43)	132	(44)	29	(10)	8	(3)
2. Excitação do sistema autónomo	201	(68)	64	(22)	26	(9)	5	(2)
3.Anedonia	196	(66)	74	(25)	19	(6)	6	(2)
4. Excitação do sistema autónomo	238	(81)	44	(15)	13	(4)	0	(0)
5.Inércia	183	(62)	89	(30)	21	(7)	3	(1)
6.Irritação/ Reação exagerada	128	(44)	125	(43)	35	(12)	5	(2)
7. Efeitos músculo/ esqueléticos	238	(80)	45	(15)	10	(3)	3	(1)
8.Excitação Nervosa	152	(52)	101	(34)	34	(12)	7	(2)
9.Ansiedade situacional	231	(78)	52	(18)	9	(3)	3	(1)
10.Desânimo	236	(80)	39	(13)	13	(4)	7	(2)
11.Irritação/ Reação exagerada	138	(47)	125	(42)	25	(8)	7	(2)
12.Dificuldade em relaxar	109	(37)	143	(49)	30	(10)	11	(4)
13.Disforia	147	(51)	114	(39)	18	(6)	11	(4)
14.Impaciência	149	(51)	119	(41)	22	(8)	3	(1)
15.Experiências subjetivas de ansiedade	250	(85)	34	(12)	9	(3)	1	(0)
16.Falta de interesse	226	(77)	48	(16)	10	(3)	9	(3)
17.Autodepreciação	236	(80)	42	(14)	15	(5)	3	(1)
18.Facilmente agitado	76	(26)	172	(59)	36	(12)	10	(3)
19. Excitação do sistema autónomo	204	(69)	68	(23)	20	(7)	3	(1)
20.Experiências subjetivas de ansiedade	243	(82)	42	(14)	9	(3)	1	(0)
21.Desvalorização da vida	252	(85)	33	(11)	6	(2)	4	(1)



**Tabela 18. EADS-21 Distribuição das Subescalas Ansiedade, Depressão e Stresse – CSP (n=300)**

	média	(dp)	min	P05	mdn	P95	Max
<b>EADS-21 – Subescalas</b>							
<b>Ansiedade</b>	2	(0)	0	0	1	8	15
<b>Depressão</b>	2	(0)	0	0	1	11	21
<b>Stresse</b>	5	(0)	0	0	5	14	20

Mdn-mediana; P-Percentil; min-mínimo; max-máx

➤ **Perturbação Psicológica – Comparação entre os grupos Profissionais dos CSP e População Geral (Grupo B n=412) - (EADS-21)**

Não se verificaram diferenças significativas entre as pontuações médias de perturbação psicológica, ou seja, pontuações totais e dimensionais da EADS-21, entre os profissionais dos CSP e os adultos da população geral, conforme consta na Tabela 19. Comparação de pontuações médias de Perturbação Psicológica entre os profissionais CSP e População Geral., **excepto** para a Ansiedade, que se revelou ligeiramente superior nestes últimos.

	<b>Profissionais dos CSP (n=300)</b>	<b>População Geral Grupo B (n=412)</b>	<b>t (gl)</b>	<b>p</b>
	<b>M±DP</b>	<b>M±DP</b>		
<b>Ansiedade</b>	1.95(2.903)	2.59(3.669)	-2.558(685.531)	.011
<b>Depressão</b>	2.46(3.398)	2.69(3.571)	-.876(689)	.382
<b>Stresse</b>	5.02(3.912)	4.61(4.222)	1.314(644.151)	<b>.189</b>
<b>EADS21_Total</b>	9.19(8.756)	9.93(10.846)	-.973(661.547)	.331

**Tabela 19. Comparação de pontuações médias de Perturbação Psicológica entre os profissionais CSP e População Geral**

Considerando a pontuação média de cada item, apenas diferiam significativamente entre os grupos os itens 9, 12 e 20. Sendo a medida do 12, que avalia a dificuldade em relaxar superior nos profissionais dos CSP apresentaram pontuações médias superiores (.81±.767 vs. .68±.754; t=2.078; g.l.=700; p=.038).

➤ **Relação entre Perfeccionismo, Perturbação Psicológica e Percepção de Necessidades de Cuidados em Saúde Mental nos Profissionais dos CSP**

Apresenta-se de seguida os coeficientes de correlação de Spearman da Percepção de Necessidades de Cuidados em saúde mental com o Perfeccionismo e os níveis de Perturbação Psicológica.

**Tabela 20. Coeficientes de correlação de Spearman - Perfeccionismo, Perturbação Psicológica e Percepção de Necessidades de Cuidados em Saúde Mental – CSP (n=300)**

	<b>PERCEPÇÃO DE NECESSIDADES DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL</b>		
	<b>Serviço de Saúde Mental</b>	<b>Trabalho em Equipa</b>	<b>Psicologia no Trabalho</b>
<b>PAO</b>	ns	ns	ns
<b>PSP</b>	ns	.12*	.13*
<b>POO</b>	ns	-.19*	-.20**
<b>EMP13_Total</b>	ns	ns	ns
<b>Ansiedade</b>	.15*	.14*	.19*
<b>Depressão</b>	ns	ns	.16*
<b>Stresse</b>	.18**	.16**	.27**
<b>EDAS21_Total</b>	.17**	.16**	.26**

\*\*p<.01; \*p<.05; ns: não significativo

Lendo a Tabela 20.Coeficientes de correlação de Spearman - Perfeccionismo, Perturbação Psicológica e Percepção de Necessidades de Cuidados em Saúde Mental – CSP (n=300) verifica-se que a percepção de necessidades de sessões específicas para o trabalho em equipa e de consultas de psicologia do trabalho relaciona-se significativamente em sentido direto com o PSP e em sentido inverso com o POO, apesar de a magnitude ser baixa.

De um modo geral, a percepção de necessidades de cuidados em saúde mental relaciona-se significativamente com os níveis de perturbação psicológica, nomeadamente ansiedade e stresse.

A Tabela 21. Coeficientes de correlação de Pearson - Perfeccionismo, Perturbação Psicológica, Percepção de Saúde e Auto-ocultação de Saúde – CSP (n=300) apresenta os coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis de Perfeccionismo, de Perturbação Psicológica, de autopercepção de Saúde (física e mental) e de Auto-ocultação de saúde.

**Tabela 21. Coeficientes de correlação de Pearson - Perfeccionismo, Perturbação Psicológica, Percepção de Saúde e Auto-ocultação de Saúde – CSP (n=300)**

	ANSIEDADE	DEPRESSÃO	STRESSE	EADS21_T	PERCEPÇÃO SAÚDE FÍSICA	PERCEPÇÃO SAÚDE PSICOLÓGICA	AUTO- OCULTAÇÃO SAÚDE
<i>PAO</i>	ns	ns	ns	ns	-.17**	ns	ns
<i>PSP</i>	.23**	.20**	.25**	.27**	-.22**	-.16**	.20**
<i>POO</i>	ns	ns	ns	ns	ns	ns	.12*
<i>EMP13_Total</i>	.17**	.13*	.16**	.18**	-.24**	ns	.15*

\*\*p<.01; \*p<.05; ns: não significativo

Analisando os dados verifica-se que o PAO apenas se relaciona significativamente com a percepção de Saúde Física, sendo o coeficiente de sentido inverso e baixa magnitude. Já o PSP apresenta correlações moderadas, significativas e de sentido direto com todas as dimensões de Perturbação Psicológica, ou seja, quanto mais elevados os níveis deste traço de personalidade, mais elevados são também os níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse. Também a auto-ocultação relacionada com a saúde aumenta com o aumento do PSP. Por outro lado, sendo negativo o sinal dos coeficientes de correlação desta dimensão com a autopercepção de saúde, verificamos que quanto mais elevado o PSP mais a pessoa percebe a sua saúde como sendo Má. Resultados semelhantes verificaram-se com o total da escala de perfeccionismo

## DISCUSSÃO

Esta secção convida-nos à reflexão sobre o estudo desenvolvido, desde o seu desenho e procedimentos metodológicos até às suas fraquezas e potenciais forças. Os resultados obtidos nesta investigação poderão incentivar futuros estudos que possam continuar a proporcionar uma orientação, cientificamente sustentada, para ações concretas em matéria de saúde mental, para benefício das comunidades. Neste estudo, são nossos destinatários os profissionais do sector da saúde, especificamente, os dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A amostra em estudo (n=300) é maioritariamente do sexo feminino (81%). Esta marcada discrepância de género enquadra-se no padrão europeu de profissionais do sector da saúde, no qual quase 80% dos profissionais são mulheres (EU- OSHA, 2009). Mais de metade dos participantes em estudo são licenciados(as) e casados(as).

Todos os grupos profissionais foram inquiridos e confirma-se a prevalência da clássica tríade constituída por médicos (35%), enfermeiros (22%) e secretários clínicos (22%). A inclusão de profissionais de outras áreas do conhecimento e da saúde nas equipas multidisciplinares que a reforma dos CSP vem preconizando (Branco e Ramos, 2001), continua longe de ser uma realidade, visto que a percentagem dos profissionais das outras especialidades, designadamente, Técnicos Superiores de Saúde (Psicólogos Clínicos, Nutricionistas, etc.), Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (por exemplo, Fisioterapeutas) e Técnicos Superiores, é residual, identificam-se 2%, para cada um destes grupos profissionais.

Os resultados relativos à avaliação de antecedentes psiquiátricos ou psicológicos mostram que cerca de um terço (28%) da amostra em estudo teve ao longo da vida problemas psiquiátricos ou psicológicos em que não se sentiam ou comportavam como lhes era habitual e 20% teve um período de tempo em que não esteve capaz de trabalhar ou cuidar de outras responsabilidades, por razões psiquiátricas ou emocionais. Para além do absentismo, há evidências de que as consequências de uma má saúde mental estão ligadas a inúmeros outros efeitos negativos para as instituições, como “níveis de desempenho e produtividade reduzidos, pouca motivação e elevada rotatividade dos trabalhadores” (EU-OSHA, 2011).

Verificamos que 27% procurou ajuda profissional especializada e 29% pensou ou foi aconselhado a fazê-lo, devido ao modo como se sentia ou comportava. Constata-se que as percentagens mais acentuadas relativas aos antecedentes são a toma de psicofármacos: 36% já tomou algum tipo de psicofármaco (24% Ansiolítico e 22% Antidepressivo).

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida, et al. 2010) indica para a população geral que nos 12 meses anteriores ao estudo, 23.4% das mulheres e 9.8% dos homens tinham tomado ansiolíticos (números que no caso das mulheres são os mais altos da Europa e, no caso dos homens, se encontram entre os três mais altos (Kovess et al., em publicação, cit Almeida et al. 2010) e 13.2% das mulheres e 3.9% dos usaram antidepressivos.

No nosso estudo, a avaliação da referência temporal para os antecedentes psiquiátricos ou psicológicos dá-nos a média há 66 meses (DP=9, P01:1;P95:240). Desconhecemos, portanto, se há associação entre o período de antecedentes de perturbação mental em concomitância com a toma de psicofármacos. Pese embora, que apesar não dispormos de dados que permitam fazer essa associação, o que ressalta dos resultados da nossa amostra é a elevada prevalência de consumo de psicofármacos, no passado. Seria interessante estudar se existe associação entre o consumo de psicofármacos e a acessibilidade que os profissionais do sector da saúde têm a prescrições/receitas médicas farmacológicas, assim como a comportamentos de automedicação.

Considerando as dificuldades atuais, 8% afirma ter problemas psiquiátricos ou psicológicos em que não se sente ou comporta como é habitual e 6% têm no presente ajuda profissional especializada. Atualmente 12% toma algum tipo de psicofármaco (8% antidepressivo e 7% ansiolítico). Perante estes resultados podemos reiterar que também na atualidade são em maior número aqueles que afirmam ter problemas psiquiátricos ou psicológicos e que os que tomam psicofármacos, comparativamente àqueles que recebem cuidados profissionais de saúde mental.

Estes dados são deveras preocupantes. Há um comportamento continuado no tempo, senão já padronizado, de consumo de psicofármacos, muito superior quer às prevalências de perturbações, psiquiátricos ou psicológicos, identificadas, tanto mais quando o comparamos com ao recurso de apoio mental especializado.

Consideramos que é fulcral atendermos à comparação entre a frequência de comportamentos de procura de ajuda (27%) ou a ideia e/ou aconselhamento para fazê-lo (29%) referentes ao passado, com atual frequência de casos a beneficiar de ajuda profissional (6%) e tendo em conta a média de idades de 43 anos (DP=1; Mdn=41; variação: 25-64) da nossa amostra. Se sabemos que as prevalências de doença nos países desenvolvidos são muito elevadas e estima-se que aumentem (WHO e WONCA, 2008) e sendo os profissionais do sector da saúde dos grupos mais expostos a riscos psicossociais para a saúde mental (OMS, 2004), a continuação da inexistência de estruturas e ações de cuidados ao nível da saúde mental (quer sejam de prevenção, vigilância, referenciação ou promoção) destes profissionais, ainda desfavoravelmente

associadas às dificuldades de comportamentos de procura de ajuda (Loureiro, 2013), particularmente, devido ao estigma que ainda está alocado à concepção de doença mental (Chambers et al., 2010; Ross et al., 2009; Schulze, 2007; Cohen & Struening, 1962), mais preocupados nos sentimentos quanto a esta matéria.

Revendo os resultados relativos aos antecedentes psiquiátricos, nomeadamente o achado de que aproximadamente um terço dos participantes já teve problemas psiquiátricos ou psicológicos não nos surpreendemos perante a esmagadora percentagem de profissionais dos CSP que consideram que beneficiariam de apoio especializado para as suas Necessidades em Saúde Mental: 82% considera que os profissionais de saúde beneficiariam em ter disponível um Serviço de Saúde Mental específico para as suas necessidades, 81% concorda com a utilidade/necessidade de sessões de grupo orientadas para o Trabalho em Equipa a realizar na equipa/unidade da qual cada um faz parte e 80% afirma que seria útil para os profissionais de saúde serem periodicamente avaliados relativamente ao seu estado psicológico e mental, por exemplo no âmbito de uma consulta de Psicologia no Trabalho. A significativa expressão de Percepção de Necessidades de Cuidados em Saúde Mental para os profissionais dos CSP vem sustentar a nossa crença acerca da importância e importância de disponibilizar, no local de trabalho, serviços e ações orientadas para a prevenção, proteção, vigilância, identificação e tratamento da saúde mental dos profissionais.

Relativamente às pontuações médias de Perturbação Psicológica (Ansiedade, Depressão e Stresse - EADS-21) não se verificaram diferenças significativas entre as pontuações médias pontuações totais e dimensionais, entre os profissionais dos CSP e os adultos da população geral. Os profissionais dos CSP apresentaram pontuações médias superiores relativamente ao Item 12, que avalia a *dificuldade em relaxar* ( $t=2.078$ ;  $g.l.=700$ ;  $p=.038$ ). Desconhecemos se há associação entre estes resultados e a toma de psicofármacos, que poderá enviesar os resultados, tendo em conta que a administração destes e a sua terapêutica diminuem a sintomatologia. A aferição da qualidade do sono nos profissionais dos CSP medida pelo Índice de Qualidade do Sono (Latência do Sono, Acordares Noturnos e de Acordar Precoce) revela dificuldades relevantes que afetam a qualidade do mesmo  $7.703 (\pm 2.628$ ; variação: 3.00-15.00). Aproximadamente metade dos participantes da amostra dorme entre 6/7 horas/noite.

Acresce um dado interessante que é a Percepção de Necessidade de Cuidados em Saúde Mental estar significativamente correlacionada com os níveis de Perturbação Psicológica.

Verificou-se também que 20% prefere ocultar um problema de saúde física (CSP) e cerca de um terço (31%) prefere ocultar um problema de saúde mental (CSP) e a comparação com as pontuações dos adultos da população geral não atinge a

significância estatística ( $t=.176$ ;  $p=.861$ ). Podemos considerar que quer para os profissionais dos CSP como para os adultos da população geral existe uma tendência maior para ocultar problemas de saúde mental, do que física. Teoricamente, os profissionais dos CSP, por trabalharem no contexto da saúde, poderiam apresentar menores pontuações de ocultação. Este comportamento poderá estar associado ao estigma da doença mental (Batista, 2013), o que também seria muito interessante investigar em futuros estudos.

Relativamente à Percepção de Saúde (física e mental) verificou-se que os adultos da população geral apresentam proporções significativamente mais elevadas de MÁ Saúde Física (35.9% vs. 24.7%;  $X^2=11.043$ ;  $p=.001$ ) em comparação com os profissionais dos CSP. Já as proporções de MÁ Saúde Psicológica não foram significativamente diferentes entre as amostras. Este achado poderá estar especificamente relacionado com o contexto profissional da amostra em estudo, os profissionais dos CSP, bem como a provável discrepância do nível de literacia em saúde e em doença.

Os níveis de Perfeccionismo, particularmente de Perfeccionismo Socialmente Prescrito, correlacionam-se significativa e moderadamente com a Ansiedade, a Depressão e o Stresse, mas também com a tendência para a Auto-ocultação em Saúde. Foi muito interessante e completamente inovador verificar que os profissionais dos CSP apresentam níveis significativamente superiores de todas as dimensões do traço perfeccionismo avaliadas quando comparados com os adultos da população geral. Sabendo-se que o perfeccionismo é um factor de risco transdiagnóstico (Egan et al. 2011), que tem vindo a ser consistentemente associado Perturbação Psicológica (Macedo et al., 2015), esta evidência é mais um alerta para a necessidade de atendermos à prevenção, tratamento e promoção da Saúde Mental. A correlação moderada entre os níveis de Perfeccionismo dos profissionais e os seus níveis de Ansiedade, Depressão e Stresse, que, apesar de conhecida noutros grupos populacionais ainda não tinha sido estabelecida para os profissionais de saúde, o que vem reforçar esta potencial implicação clínica. Por outro lado, a correlação significativa entre PSP e Auto-ocultação, reforça a nossa preocupação, pois mostra que os profissionais mais perfeccionistas tenderão a não procurar apoio entre os seus pares e/ou ajuda especializada para as suas dificuldades, ficando pois mais sujeitos a sofrer o impacto negativo quer dos seus traços, quer das exigências profissionais a que estão sujeitos, o que reforça a importância da avaliação periódica relativamente ao seu estado psicológico e mental no âmbito de consultas de Psicologia no Trabalho.

## **CONCLUSÕES**

A presente investigação mostra a necessidade de cuidados de saúde mental nos profissionais dos CSP. É nosso desejo que este estudo constitua um contributo válido e efetivo para cultivar reflexões e desencadear ações para a promoção de estratégias políticas, em matéria de Saúde Mental, dirigidas aos profissionais que trabalham nas instituições de prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.

A consulta de Psicologia no Trabalho poderia constituir-se numa estrutura cuja ação favoreça a criação de ambientes que potenciem os factores protetores para a saúde mental nos contextos em que os indivíduos passam mais tempo. Neste âmbito, poderia atuar especificamente ao nível da vigilância, intervenção precoce e/ou referenciação.



## REFERÊNCIAS

1. ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2012). Relatório do Grupo de Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012). Os Cuidados de Saúde Primários na Unidades Locais de Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/6-ulsecsp\\_2012.09.30.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/6-ulsecsp_2012.09.30.pdf)
2. ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2014). Inventário do Pessoal do Sector da Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa.
3. Adkins, K., & Parker, W. (1996). Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 529–543.
4. Almeida J.M.C., Xavier M. (2010). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa.
5. Anthony, M., & Swinson, R. (2009). When Perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism. Oakland: New Harbinger Publications.
6. Anthony, M., & Swinson, R. (2009). When Perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism. Oakland: New Harbinger Publications.
7. Atun R (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Report Network). Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/74704/E82997.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf)
8. Azevedo MH, Bos SC, Soares MJ, Marques M, Pereira AT, Maia B, Gomes AA, Macedo A. (2010). Longitudinal study on perfectionism and sleep disturbance. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(2): 476-485.
9. Batista, L. (2013). Os profissionais de saúde e o estigma da doença mental. Dissertação de Mestrado. ICBAS –UP.
10. Blatt, S. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50 (12), 1003-1020.
11. Boivin, I., & Marchand, A. (1996). Le perfectionnisme et les troubles anxieux. *Revue québécoise de psychologie*, 17 (1), 125- 154.
12. Branco AG, Ramos V (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Rev Port S Pública*; Volume Temático (2): 5-12.
13. Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14 (6) 34-52.
14. Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 20-23. doi: 10.1590/S1516-44462000000600006

15. Chambers M, Guise V, Valimaki M, Botelho MA, Scott A, Staniulienė V, et al. Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *International journal of nursing studies*. 2010 Mar;47(3):350-62. PubMed PMID: 19804882.
16. Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336. doi: 10.1037/0021-843X.100.3.316
17. Cohen J, Struening EL. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal & Social Psychology*. 1962;64(5):349- 60
18. Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology*. (A Hodder Arnold Publication, Ed.) (Hodder & S). London: Hodder and Stoughton.
19. Costa M, Pereira AT, Soares MJ, Azevedo J, Macedo A.(2016). Self-Concealment Scale: Validation of two Portuguese versions. *European Psychiatry*. 2016; 33S: S251.
20. Cox, B., Clara, I., & Enns, M. (2009). Self-criticism, maladaptive perfectionism, and depression symptoms in a community sample: A longitudinal test of the mediating effects of person-dependent stressful life events. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23 (4), 336- 349.
21. Cox, T. & Griffiths, A., 'Assessment of psychosocial hazards at work.' In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), 'Handbook of work and health psychology.' Chichester: John Wiley & Sons, 1996.
22. Craske, M., Rauch, S., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D., & Zinbarg, R. (2009). What is an Anxiety Disorder? *Depression and Anxiety*, 26, 1066-1085. doi: 10.1002/da.20633.
23. Cruz, J., & Cabanelas, S. (2010). Perfeccionismo, auto-apresentação e ansiedade na competição desportiva e na prática de exercício: Estudo exploratório com atletas de competição e praticantes de exercício. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
24. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 70(9):1219-29
25. Cuijpers P, van Straten A, Hollon SD, Andersson G (2010a). The contribution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 121(6):415-23.
26. Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans J, van Oppen P, Hollon SD, Andersson G (2010b). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 30(1):51-62.
27. Del Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Depressão*, 21, 6-11. Doi: 10.1590/S1516-44461999000500003
28. DeVellis, R.F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park: Sage Publications, Inc.

29. DGS – Direção Geral de Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Ministério da Saúde. Lisboa
30. DGS – Direção Geral de Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde Ocupacional – 2º Ciclo 2013/2107. Ministério da Saúde. Lisboa
31. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 30(1):25-36
32. Dunkley, D., Blankstein, K., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 437- 453.
33. Egan, Sarah J., Tracey D. Wade, and Roz Shafran. "Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review." *Clinical psychology review* 31.2 (2011): 203
34. EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work (2011). Mental health promotion in the workplace – A good practice report. Disponível em: [https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/reports/mental-health-promotion-workplace\\_TWE11004ENN](https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/reports/mental-health-promotion-workplace_TWE11004ENN)
35. EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work (2011). Mental health promotion in the workplace – A good practice report. Disponível em: [https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/reports/mental-health-promotion-workplace\\_TWE11004ENN](https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/reports/mental-health-promotion-workplace_TWE11004ENN)
36. EU-OSHA-Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2007b).E-FACTS 74: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and Health. Disponível em: <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/74>
37. EU-OSHA-Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2009).E-FACTS 46: Promoção da Saúde Mental no Sector da Saúde Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/e-facts/efact46/view>
38. Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.
39. Flett, G., Besser, A., Davis, R., & Hewitt, P. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 119- 138.
40. Flett, G., Hewitt, P., Shapiro, B., & Rayman, J. (2003). Perfectionism, beliefs, and adjustment in dating relationships. In N, Pallone (Ed.), *Love, romance, sexual interaction: Research perspectives from Current Psychology* (pp. 31–60). New Brunswick: Transaction.
41. Flett, G., Madorsky, D., Hewitt, P., & Heisel, M. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 33, 47.

42. Fortin, M. F. (2003). Processo de Investigação - da concepção à realização. (Decarie Editeur, Ed.) (3a edition). Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
43. Frasquilho, A (2014). Investir na saúde Mental no Trabalho. Brainetwork Psiquiatria. Disponível em: <http://www.alterstatus.com/pt/investir-na-promocao-da-saude-entrevista-a-doutora-maria-antonia-frasquilho>
44. Frost R, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. 1990. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14: 449-468. 2. Hamacheck DE. 1978. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15: 27-33.
45. Frost, R., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291,296.
46. Hamacheck DE. 1978. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15: 27-33.
47. Hewitt PL, Flett GL. 1991. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopatology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60: 456-470.
48. Hewitt, P., Flett, G., & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 18 (5), 439,460.
49. Hewitt, P., Norton, R., Flett, G., Callander & Cowan, T. (1998). Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics. *Suicide & LifeThreatening Behavior*, 28 (4), 395- 406.
50. Hilton, M., (2005). 'Assessing the financial return on investment of good management strategies and the WORC project', WORC Project paper, 2005. Disponível em: [http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton\\_Paper\(2005\).pdf](http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper(2005).pdf)
51. Holander-Gijsman, M., Beurs, E., Wee, N., Rood, Y., & Zitman, F. (2010). Distinguishing between depression and anxiety: A proposal for an extension of the tripartite model. *European Psychiatry*, 25, 197-205.doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.09.005
52. Holander-Gijsman, M., Wardenaar, K., Beurs, E., Wee, N., Mooijaart, A., Buuren, S., & Zitman, F. (2012). Distinguishing symptom dimensions of depression and anxiety: An integrative approach. *Journal of Affective Disorders*, 136, 693-701. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.005
53. Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 94–103.
54. Jettinghoff, K. & Houtman, I., A sector perspective on working conditions, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009, pp. 1- 30. Disponível em: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0814.htm>
55. Joiner, T., Katz, J., & Heatherton, T. (2000).Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (2), 191,197.

56. Keyes, C.L.M.; Dhingra, S.S.; Simões, E.J. (2010). Change in level of positive mentalhealth as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of PublicHealth*, 100, 2379-2384.
57. Kiess, H.O., & Bloomquist, D.W. (1985). *Psychological research methods: a conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon.
58. Lapointe, L. (2002). Étude des tendances suicidaires en fonction des dimensions du perfectionnisme chez les adolescents des deux sexes. Dissertação de Mestrado, Chicoutimi: Université du Québec.
59. Lewis R, Dixon J (2005). The future of primary care: meeting the challenges of the new NHS market. London: King's Fund. Disponível em: [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/future-primary-care-meeting-challenges-of-new-nhs-market-richard-lewis-jennifer-dixon-kings-fund-16-november-2005.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/future-primary-care-meeting-challenges-of-new-nhs-market-richard-lewis-jennifer-dixon-kings-fund-16-november-2005.pdf)
60. Lipp, M. E. (2006). Teoria de temas de vida do stress recente e crónico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVI, 3, 82-93.
61. Lipp, M. E., & Malagris, L. E. N. (2001). O estresse emocional e seu tratamento. Em: B. Range (Org.) *Terapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 475-489). São Paulo: Artmed.
62. Lopes, F., et al. (2014) "Predictors of self-reported sleep quality in university students." *JOURNAL OF SLEEP RESEARCH*. Vol. 23. 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA: WILEY-BLACKWELL.
63. Loureiro, L. (2013). Barreiras determinantes da intenção de procura de ajuda informal na depressão. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 733–746.
64. Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of emotional negative states: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
65. Macedo, A., Costa, M., Soares, M.J., Madeira, N., Pereira A.T. (2016). Self-concealment mediates the relationship between perfectionism and illness and help-seeking behavior. *European conference on Personality*.
66. Macedo, A. F. (2012). Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e Psicopatologia. Lisboa: Lidel.
67. Macedo, A., & Pocinho, F. (2007). Obsessões e compulsões: As múltiplas faces de uma doença. Coimbra: Quarteto.
68. Macedo, A., Soares, M. J., Amaral, A. P., Nogueira, V., Madeira, N., Roque, C., et al. (2015). Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 72, 220–224.
69. Manderscheid, R.W., Ryff, C. D., Freeman, E.J., McKnight-Eily, L.R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness.

- Preventing chronic disease*, 7(1), A19. Disponível em: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/pdf/09\\_0124.pdf](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/pdf/09_0124.pdf).
70. Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria RS*, 25, 65-74. doi: 10.1590/S0101-81082003000400008
  71. McNeely, E., 'The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up' *Nursing Outlook*, Vol 53, 2005, pp. 291-9.
  72. Miguel LS (2010). Modelos e gestão nos cuidados de saúde primários. In Simões J (Coord.). 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado. Coimbra, Almedina.
  73. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
  74. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde (2008). Relatório Mundial de Saúde - Cuidados de Saúde Primários: "Agora Mais que Nunca". Lisboa. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)
  75. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde (2009). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: *reforçar, expandir*. Lisboa.
  76. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde (2009). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: *reforçar, expandir*. Lisboa.
  77. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº28/2008 (ACES). "Diário da República", Lisboa, I Série (38) fevereiro, p. 1182-1189.
  78. Ministério da Saúde. Portaria nº 272/2009. "Diário da República", Lisboa, I Série (54) março. p. 1710-1711
  79. Ministério da Saúde. Portaria nº 273/2009. "Diário da República", Lisboa, I Série (54) março. p. 1712-1720
  80. Ministério da Saúde. Portaria nº 274/2009. "Diário da República", Lisboa, I Série (54) março. p. 1720-1726
  81. Ministério da Saúde. Portaria nº 275/2009. "Diário da República", Lisboa, I Série (54) março. p. 1727-1728
  82. Ministério da Saúde. Portaria nº 276/2009. "Diário da República", Lisboa, I Série (54) março. p. 1728-1737
  83. Moreira, P., Melo, A., Pires, C., Crusellas, L., & Lima, A. (2005). *Saúde mental – Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
  84. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C et al.(2013) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet.*; 380(9859): 2197-2223.

85. OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2015). Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work. Paris. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>
86. O'Connor, R., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2009). Predicting depression, anxiety and selfharm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (1), 52-59.
87. OMS - Organization World Health (2007). Mental Health: strengthening mental Health promotion. Disponível em: [www.who.int/mediacenter/factsheets/fs220/en](http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs220/en)
88. OMS - World Health Organization. (2004). 'Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options', 2004, pp. 1-67. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)
89. Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contributos para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 229-239.
90. Patch, A. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386- 390.
91. Pisco, L. (2007). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Cadernos de Economia*. (80). pp. 60-66.
92. Pollet, H. (2007). Mental health promotion: a literature review (report prepared for the Mental Health Promotion of the providencial wellness advisory council). Disponível em: [www.cmhanl.ca/pdf/mental.018.pdf](http://www.cmhanl.ca/pdf/mental.018.pdf)
93. Prince, M. et al. (2003). *Practical Psychiatric Epidemiology*. (R. . F. T. . H. Price, Martin; Stewart, Ed.) (Press Oxfo). Oxford.
94. Rebelo Pinto, T. (2010). O sono em adolescentes portugueses – Estudo exploratório no âmbito da Educação para a Saúde. Tese de Mestrado não publicada. Lisboa: ISPA-IU
95. Rice, K., & Aldea, M. (2006). State dependence and trait stability of perfectionism: A shortterm longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (2), 205- 212
96. Rosen, J.B. & Shulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105. 325-350.
97. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2009 Aug;16(6):558-67. PubMed PMID: 19594679. Epub 2009/07/15. Eng
98. Ruiz, J., Cuadrado, A., & Rodriguez, J. (2001). *Transtorno de angustia: Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: III Masson.
99. Sassaroli, S., Lauro, L., Ruggiero, G., Mauri, M., Vinai, P., & Frost, R.(2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorders and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757- 765.

100. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International review of psychiatry* (Abingdon, England). 2007 Apr;19(2):137-55. PubMed PMID: 17464792. Epub 2007/04/28. eng.
101. Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21 (6) 879-906
102. Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
103. Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791
104. Slaney, R., & Ashby, J. (1996). Perfectionism: Study of a criterion group. *Journal of Counseling and Development*, 74, 393-398.
105. Soares MJ, Pereira AT, Marques M, Bos S, Valente J, Nogueira V, Roque C, Madeira N, Macedo A (2013). Are lifetime self-reported health (srh), sleep difficulties, and negative affect correlates of suicidal ideation in pregnancy and postpartum? *European Psychiatry* 28, S1
106. Soares MJ, Pereira AT, Araújo A, Silva D, Amaral AP, Valente J, Nogueira V, Roque C, Macedo A. (2016). The H&F-Multidimensional Perfectionism Scale 13 (H&F-MSP13): Construct and convergent validity. *European Psychiatry*; 33S: S345.
107. Soares, M. J., Gomes, A., Macedo, A., & Azevedo, M. (2003). Escala Multidimensional de Perfeccionismo: Adaptação à População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 4 6 –55.
108. Stoeber, J., & Damian, L. E. (2016). Perfectionism in employees: Work engagement, workaholism, and burnout. In F. M. Sirois & D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 265-283). New York: Springer.
109. Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*(10), 295–319.
110. Stumpf, H., & Parker, W. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 28 (5), 837-852.
111. Sutander-Pinnock, K., Woodside, D., Carter, J., Olmsted, M., & Kaplan, A. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6–24-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 225,229.
112. Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(663–666).
113. Watson, D., & Clark, L. (1995). Testing a Tripartite Model: I. Evaluating the Convergent and Discriminant Validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14. doi: 10.1037/0021-843X.104.1.3.
114. Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: the two continuamodel across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.



115. WHO - World Health Organization, 1978. Report of International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Declaration of Alma-Ata. Disponível em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)
116. WHO - World Health Organization, WONCA - World Organization of Family Doctors (2008). Integrating mental health into primary care – a global perspective. Singapura, WHO e WONCA.
117. Wonderlich, S., & Swift, W. (1990). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders: Clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 629, 638.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1 - DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR

### Declaração do Investigador

**Susana Miguel de Castro Pinto** declara assumir a liderança científica da investigação: “Perfeccionismo, Perturbação Psicológica e Necessidades de Cuidados em Saúde Mental: Um estudo em profissionais dos cuidados de saúde primários”, no âmbito da dissertação da tese de mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Assume também as responsabilidades decorrentes da sua boa execução e garante que os dados obtidos são confidenciais e usados apenas neste Estudo. Compromete-se a enviar o Relatório Final para a Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte e para o ACeS Grande Porto IV – Póvoa de Varzim | Vila do Conde.



---

Vila do Conde, Fevereiro de 2016

## APÊNDICE 2 – DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR



• U • C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro que aprovo o plano de trabalhos com vista à realização da dissertação da Dra. Susana Miguel de Castro Pinto no âmbito do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Faculdade da Universidade do Porto e que aceito ser seu orientador.

Coimbra, 11 de Fevereiro de 2016

O Orientador

Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos

(Professor Afiliado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,  
Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.  
Director do Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra)

## APÊNDICE 3 – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.



DATA : 10.maiol.2016

INFORMAÇÃO Nº 047/2016

Nº <Processo> <Registo>

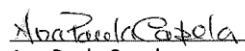
**PARA:** Conselho Diretivo da ARS Norte

**DE:** Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

**ASSUNTO:** Parecer nº 55/2016

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 55/2016 sobre o Estudo "Perfeccionismo, perturbação psicológica e necessidades de cuidados em saúde mental: um estudo em profissionais dos cuidados de saúde primários", aprovado na reunião de 3 de maio de 2016, por unanimidade.

À consideração superior

  
Ana Paula Capela  
(Assessoria CES/UIC)



**Rui Cernadas**  
Vice-Presidente do C.D.

Rua Santa Catarina, 1288  
4000-447 Porto

Tel 220 411 000 arsn@arsnorte.min-saude.pt  
Fax 220 411 005 www.arsnorte.min-saude.pt



**GOVERNO DE  
PORTUGAL**

MINISTÉRIO DA SAÚDE



**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

*de*

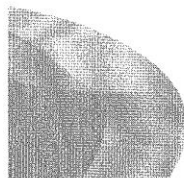
**Comissão de Ética para a Saúde**  
**Administração Regional de Saúde do Norte, IP**

**PARECER Nº 55/2016**

**Sobre o estudo T541 "Perfeccionismo, Perturbação psicológica e Necessidades de Cuidados em Saúde Mental: um estudo em profissionais dos cuidados de saúde primários"**

**A – Relatório**

1. O projeto T541 respeita à investigação de mestrado em psiquiatria e saúde mental, da Faculdade de Medicina do Porto, a realizar pela psicóloga clínica Susana Miguel de Castro Pinto, com o título supra.  
A investigadora propõe que este trabalho de investigação seja realizado no ACES Grande Porto IV – Póvoa de Varzim / Vila do Conde.  
Os objetivos gerais do trabalho são os de conhecer os níveis de perturbação psicológica e de perfeccionismo entre profissionais dos cuidados de saúde primários e identificar as necessidades de apoio em saúde mental nos profissionais dos cuidados de saúde primários.  
Os objetivos específicos do trabalho são:
  - Comparar os níveis de perturbação psicológica (ansiedade, depressão, stresse e dificuldades em dormir) e de perfeccionismo entre profissionais dos cuidados de saúde primários e amostras da população geral;
  - Analisar a relação entre perfeccionismo, níveis de perturbação psicológica e perceções de necessidades de apoio em saúde mental nos profissionais dos cuidados de saúde primários.
2. Documentos que integram o processo: requerimento dirigido à CES pela investigadora; parecer favorável do Conselho Clínico do ACES Grande Porto IV; declaração do orientador da FMUC; declaração de confidencialidade, de utilização dos dados e de envio de relatório final; questionário sociodemográfico; questionário de saúde; *curriculum vitae* da investigadora; protocolo de investigação que inclui, designadamente, cronograma e orçamento. Mais tarde foi junta, através de correio eletrónico de 2.5.2016, autorização para utilização dos instrumentos de medida.
3. O estudo é de natureza quantitativa, transversal descritivo e correlacional.  
A população será constituída por todos os profissionais de saúde dos 7 grupos profissionais (assistente operacional, assistente técnico, enfermeiro, médico, técnico de diagnóstico e terapêutica, técnico superior, técnico superior de saúde) disponíveis, em exercício no ACES Grande Porto IV – Póvoa de Varzim / Vila do Conde que aceitem participar voluntariamente no estudo.  
O grupo de comparação será retirado de amostras de conveniência (pais de alunos universitários; utentes dos centros de saúde da região de Coimbra) recolhidas no âmbito de



Rua Santa Catarina, 1288  
4000-447 Porto

Tel 220 411 000  
Fax 220 411 005

arsn@arsnorte.min-saude.pt  
www.arsnorte.min-saude.pt



**GOVERNO DE  
PORTUGAL**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

*de 11/16*

projetos de investigação do serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Após a obtenção de parecer da CES e de autorização dos ACES Grande Porto IV a investigadora solicitará aos coordenadores de todas as Unidades do ACES autorização para que a administração dos questionários se realize durante uma reunião de equipa de cada Unidade, procedendo-se ao respetivo agendamento com cada uma das Unidades.

Os questionários são de auto-resposta, não se identificando os participantes no estudo sendo que, cada participante, no final do preenchimento, colocará o respetivo questionário numa urna.

A investigadora prevê recolher aproximadamente 300 (trezentos) inquéritos válidos.

4. Aos participantes serão então aplicados – além de questionários sociodemográfico - os seguintes materiais e instrumentos de avaliação: Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett (Soares et. al. 2015), Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (Pais Ribeiro et al., 2004), questionário do Sono (Lopes et al., 2014), Perceção de Saúde (Soares et al., 2014), dimensão da ocultação pessoal relacionada com a saúde da Escala de Ocultação pessoal (Costa et al., 2015).
5. O tratamento estatístico dos dados recolhidos será realizado com o software SPSS®, versão 10.0, para Windows.

6. Outros elementos considerados relevantes: -----

**B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas**

1. O cronograma apresentado encontrava-se desatualizado, tendo sido atualizado através de documento remetido por correio eletrónico de 2.5.2016.
2. Os custos do projeto rondarão os €40, os quais serão suportados pela investigadora.
3. A forma de acesso aos participantes parece adequada.
4. Não há indícios de exploração de participantes.
5. a 8. Quanto à igualdade e justiça no tratamento dos participantes, garantia do princípio da beneficência e do dever da não maleficência, e garantia da preservação da autonomia dos participantes, não há descrição no processo de comportamentos ou ações que envolvam práticas que violem estes princípios e garantias.
6. Quanto ao requerimento dirigido pela investigadora à CES, cumpriria esclarecer que esta Comissão não autoriza a realização de qualquer estudo, limitando-se a analisar os projetos submetidos do ponto de vista das eventuais questões éticas por eles suscitados.

*L 218*

C – Conclusões

**Em face do que ficou exposto, a CES delibera emitir parecer favorável à realização da presente investigação.**

Aprovado em reunião do dia 3/5/2016, por unanimidade

O relator,

  
Mestre Sandra Ferreira

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP

  
Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol



Rua Santa Catarina, 1288  
4000-447 Porto

Tel 220 411 000  
Fax 220 411 005

arsn@arsnorte.min-saude.pt  
www.arsnorte.min-saude.pt



GOVERNO DE  
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



## APÊNDICE 4 – PARECER FAVORÁVEL ACES



MINISTÉRIO DA SAÚDE



**ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.



Projeto / Estudo n.º 84 / 2016

Data de Receção: 12 / 02 / 2016

### PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

#### Identificação do(s) investigador(es) do estudo

**Nome Completo:** Susana Miguel de Castro Pinto

**Contato telefónico:** 916528395

**E.Mail:** susanamiguel.psiclinica@gmail.com

**Qualificação Académica:** Licenciatura

**Funções que desempenha:** Psicóloga Clínica

**Instituição :** URAP - ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde – Grande Porto IV

**Designação do Estudo:** Perfeccionismo, Perturbação Psicológica e Necessidades de Cuidados em Saúde Mental: Um estudo em profissionais dos cuidados de saúde primários

**Área científica em que se enquadra o estudo:** Saúde Mental

**Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim):** fevereiro a Junho de 2016 (5 meses)

**Tipo de análise (quantitativa, qualitativa):** quantitativa

**Palavras – chave:** perfeccionismo; perturbação psicológica; necessidades em saúde mental; cuidados de saúde primários.

#### Co-Investigador(es) (quando aplicável)

**Nome(s) Completo(s):** Não aplicável

#### OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS ( Exemplo: Orientador )

**Nome(s) Completo(s):** Prof. Doutor Rui Coelho – Diretor do Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Nome(s) Completo(s):** Prof. Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos

**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

#### OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

##### Objetivo Geral:

- Comparar os níveis de perturbação psicológica (ansiedade, depressão, stress e dificuldades em dormir) e de perfeccionismo entre profissionais dos cuidados de saúde primários e amostras da população geral.
- Identificar as necessidades de apoio em saúde mental nos profissionais dos cuidados de saúde primários.
- Analisar a relação entre perfeccionismo, níveis de perturbação psicológica e percepções de necessidades de apoio em saúde mental nos profissionais dos cuidados de saúde primários.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, observacional e transversal, com base na administração de questionários de auto-resposta validados para a população portuguesa.

**População alvo:** Todos os profissionais disponíveis em exercício de funções no ACES Grande Porto IV - Póvoa de Varzim/Vila do Conde

**Crítérios de inclusão:** todos os profissionais que aceitem participar voluntariamente.

**Método de recolha dados (anexar instrumento recolha):** ver protocolo em anexo

**Descrição do que consiste a colaboração do ACES:** Aprovação. Apoio à divulgação da investigação e à participação de todos os profissionais.

#### Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACES Grande Porto IV – Póvoa de Varzim | Vila do Conde.

Data:

Assinatura:

Projeto / Estudo n.º 816 / 2016

Data de Receção: 12/10/2016

#### PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável ☒

Não Favorável ☐

O parecer favorável do ACES não dispensa a submissão ao Conselho de Ética da ARSN

Data: 18/2/2016

Assinaturas:

ACES/GRANDE PORTO IV  
PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE  
Presidente Conselho Clínico  
Dr.ª Maria José Campos

DIRETORA EXECUTIVA

ACeS Grande Porto IV – Póvoa de Varzim | Vila do Conde

Nada a opor à sua realização,

*Judite Neves*  
(Judite Neves, Dr.ª)

JUDITE NEVES  
DIRETORA EXECUTIVA  
ACES GRANDE PORTO IV  
PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE

Rua Dr. António José Sousa Pereira, S/N  
4480-807 Vila do Conde  
acespovoa-vconde@csvconde.min-saude.pt

Tel: 252 299 030  
Fax: 252 299 033



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### DECLARAÇÃO

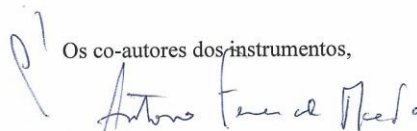
Para os devidos efeitos, declaramos, na qualidade de co-autores das validações portuguesas dos instrumentos listados abaixo, com o conhecimento dos primeiros autores, que autorizamos a Dra. Susana Miguel de Castro Pinto, Psicóloga Clínica, Mestranda do Curso Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a utilizá-los no âmbito do seu projecto de Mestrado.

Os instrumentos que poderá utilizar na íntegra ou seleccionando itens de acordo com os objectivos do projecto são os seguintes:

- Auto-Percepção de Saúde (Soares et al. 2013)
- Escala Multidimensional de Perfeccionismo-13 (Soares et al. 2016)
- Escala de Auto-Ocultação – Saúde (Costa, et al. 2016)
- Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (Xavier et al. 2016)

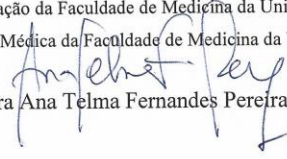
Os questionários sociodemográfico e de saúde foram elaborados pela Dra. Susana Miguel, em colaboração com os seus orientadores.

Coimbra, 17 de Abril de 2016

Os co-autores dos instrumentos,  


Professor Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos

(Professor Afiliado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,  
Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.  
Director do Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra)

  
Doutora Ana Telma Fernandes Pereira

(Investigadora Auxiliar,  
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra)

## APÊNDICE 6 – QUESTIONÁRIO

MESTRADO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

**Necessidades de Cuidados em Saúde Mental -  
Um estudo em profissionais dos cuidados de saúde primários**

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. A sua participação é voluntária e anónima e realiza-se através do preenchimento de questionários de auto-resposta. Não há respostas certas, nem erradas. Por favor, responda a todas as questões como se adequa a si, seguindo as instruções.

### Questionário Sociodemográfico

1. Indique a sua **Idade**: \_\_\_\_\_ anos

2. Qual é o seu **Sexo**? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

☐ Feminino ☐ Masculino

3. Qual é o seu **Estado Civil**? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

☐ Solteiro(a) / Nunca casou

☐ Divorciado(a) / Separado(a)

☐ Casado(a) / Vive com companheiro(a)

☐ Viúvo(a)

☐ Divorciado(a) / Separado(a)

☐ Outro, qual? \_\_\_\_\_

4. Qual é o seu **Grau de Escolaridade**? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

☐ 1º Ciclo (até ao quarto ano)

☐ 2º Ciclo (até ao sexto ano)

☐ 3º Ciclo (até ao nono ano)

☐ Secundário

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

☐ Outro, qual? \_\_\_\_\_

5. Qual é o seu **Grupo Profissional**? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

☐ Assistente Operacional

☐ Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

☐ Assistente Técnico

☐ Técnico Superior

☐ Enfermeiro

☐ Técnico Superior de Saúde

☐ Médico

☐ Outro, qual? \_\_\_\_\_

**Necessidades de Cuidados em Saúde Mental -  
Um estudo em profissionais dos cuidados de saúde primários**

**Questionário de Saúde**

Assinale com uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

	SIM	NÃO
1. Ao longo da sua vida teve problemas psiquiátricos ou psicológicos em que não se sentisse ou comportasse como era habitual? Se sim, quando foi a última vez: _____ meses _____ anos		
2. Ao longo da sua vida alguma vez teve problemas psiquiátricos ou psicológicos que o levaram a procurar um profissional devido à maneira como se sentia ou agia?		
3. Houve algum período em que pensou ou alguém lhe aconselhou a procurar ajuda profissional devido ao modo como se sentia ou comportava?		
4. Houve alguma vez um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar ou cuidar de outras responsabilidades por razões psiquiátricas ou emocionais?		
5. No passado tomou algum tipo de psicofármaco (medicação para o sistema nervoso)? Se SIM, indique o(s) nome(s): _____ Ou assinale o tipo: Ansiolítico, sedativo, hipnótico ____ Antipsicótico ____ Antidepressivo ____ Estabilizadores do humor: _____		
6. Atualmente está a tomar algum tipo de psicofármaco (medicação para o sistema nervoso)? Se SIM, indique o(s) nome(s): _____ Ou assinale o tipo: Ansiolítico, sedativo, hipnótico ____ Antipsicótico ____ Antidepressivo ____ Estabilizadores do humor: _____		
7. Atualmente tem problemas psiquiátricos ou psicológicos em que não se sente ou comporta como lhe é habitual?		
8. Atualmente tem problemas psiquiátricos ou psicológicos que o levam a ter ajuda profissional?		

Assinale com um círculo, o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações. Use a seguinte escala de avaliação:

Discordo Completamente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Completamente
1	2	3	4	5

1. Quando tenho um problema de saúde física prefiro guardar isso só para mim.	1	2	3	4	5
2. Quando me sinto nervoso ou em baixo prefiro guardar isso só para mim.	1	2	3	4	5
3. Os profissionais de saúde beneficiariam em ter disponível um serviço de saúde mental específico para as suas necessidades.	1	2	3	4	5
4. A equipa/unidade da qual faço parte beneficiava com sessões de grupo orientadas para o trabalho em equipa.	1	2	3	4	5
5. Seria útil para os profissionais de saúde serem periodicamente avaliados relativamente ao seu estado psicológico e mental, por exemplo, no âmbito de uma consulta de Psicologia no Trabalho (do tipo das consultas de Medicina do Trabalho).	1	2	3	4	5

MESTRADO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

**Necessidades de Cuidados em Saúde Mental -**  
**Um estudo em profissionais dos cuidados de saúde primários**

Assinale com um círculo, o número que melhor classifica a sua **saúde** no último ano.

	Muito Má	Má	Nem Boa, Nem Má	Boa	Muito Boa
1.Como tem sido a sua saúde física?	1	2	3	4	5
2.Como classifica a sua saúde psicológica e mental?	1	2	3	4	5

Assinale com um círculo, o número que melhor corresponde ao seu **sono** no último mês.

Nunca	Raramente	Algumas vezes	3-4 noites por semana	Quase todas as noites
1	2	3	4	5

1.Teve dificuldade em começar a dormir?	1	2	3	4	5
2.Acordou muitas vezes durante a noite?	1	2	3	4	5
3.Acordou de manhã <u>espontaneamente</u> antes da hora desejada e não conseguiu voltar a adormecer?	1	2	3	4	5
4.Habitualmente, quantas horas dorme por noite?					
5 hr ou menos <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 6-7 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> ± 8 hr <input type="checkbox"/> 8-9 <input type="checkbox"/> 9-10 <input type="checkbox"/> 10-11 <input type="checkbox"/> 11hr ou + <input type="checkbox"/>					

**MPS – H&F**

Da lista de afirmações sobre características ou traços pessoais, assinale com um círculo, o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações. Use a seguinte escala de avaliação:

A seguinte escala de avaliação:							
Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente discordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo bastante	Concordo completamente	
1	2	3	4	5	6	7	
1.Um dos meus objetivos é ser perfeito(a) em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
2.Pouco me importa que alguém, das pessoas que me rodeiam, não dê o seu melhor.	1	2	3	4	5	6	7
3.Raramente sinto o desejo de ser perfeito(a).	1	2	3	4	5	6	7
4.Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
5.Faço tudo o que posso para ser tão perfeito(a) quanto possível.	1	2	3	4	5	6	7
6.Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
7.Esforço-me para ser o/a melhor em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
8.De mim, não exijo menos do que a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
9.Quando estabeleço os meus objetivos, tendo para a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
10.As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem sucedido(a).	1	2	3	4	5	6	7
11.Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.	1	2	3	4	5	6	7
12.As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar.	1	2	3	4	5	6	7
13.É-me indiferente que um bom amigo não tente fazer o seu melhor.	1	2	3	4	5	6	7



**Necessidades de Cuidados em Saúde Mental -  
Um estudo em profissionais dos cuidados de saúde primários**

**EADS-21**

Para cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. A classificação é a seguinte:

Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes	
0	1	2	3	
1. Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

**Por favor verifique se respondeu a todas as questões. Muito obrigada pela sua colaboração!**